Rok XXXVII. Kraków 21. Maja 1898. Nr. 21

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

III. Przyczynek do sprawy błędów lekarskich.

Rzecz, którą zamierzam pokrótce tutaj streścić, wywołała przed kilku miesiącami tak gorące rozprawy w lekarskich dziennikach francuskich i takie niezwykłe poruszenie wśród ogółu, że echa jej przedarły się aż do dzienników politycznych i że nie jest ona z pewnością obcą znacznej części czytelników „Przeglądu". Jeżeli mimo to ją poruszam, to robię to w przekonaniu, iż omówienie tej sprawy nie będzie bez pewnej korzyści, ponieważ same już spory, rozbudzone głośnem zajściem, wskazują, iż były w grze zagadnienia niełatwe i ciekawe. Obecnie, kiedy zapadł już wyrok sądowy, a burza dziennikarska przycichła, łatwiej zebrać szczegóły sprawy ściśle według wyników śledztwa i rozprawy; a przedmiotowy rozbiór zagadnienia nie nastręcza już tych trudności, jakie sprawiało w pierwszej chwili przeniesienie sporów z pola naukowego na pole społeczne i podsunięcie w miejsce dowodów, bądź to szeregu przypuszczeń, bądź haseł koleżeństwa zawodowego.

Przebieg sprawy był w ogólnych zarysach następujący:

Żona rzemieślnika Fr.. przebyła 5 ciężkich porodów. Piąty poród, przed dwoma laty, wymagał pomocy lekarskiej; wezwany wówczas Dr. B. stwierdził zwężenie miednicy i ukończył poród sztucznie; dziecko do dziś dnia żyje. W roku zeszłym szósta ciąża; 11. września 1897 w nocy wezwano lekarza, ponieważ poród przeciągał się już 36 godzin.

Lekarz ten, Dr. Lap...., był jednym z tych młodych ludzi, którzy ofiarują swoją pomoc dla uboższej ludności, w nagłych przypadkach zachorzeń w nocy, za pośrednictwem posterunków policyjnych. Dr. L. ogłaszał się, jako położnik, chociaż w tej gałęzi nie kształcił się odrębnie; sam zeznaje, że wymóżdżenie wykonywał przedtem tylko na... fantomie i że w swojem życiu dwa razy samodzielnie poród przeprowadził. Mąż jednej z tych chorych, C., podobnie, jak wielu leczonych przez Dra L., zaznacza w zeznaniach zręczność, sumienność i poświęcenie Dra L. Młody lekarz walczył z nędzą; nie mógł się nawet zdobyć na zakupienie potrzebnych narzędzi, a z położniczych posiadał tylko kleszcze!

Do rodzącej Fr... przybył Dr. L. z tem jedynem narzędziem, jakiem rozporządzał, a zbadawszy chorą, oświadczył, że należy użyć kleszczy. Uśpiwszy chorą zapomocą chloroformu i powierzywszy dalszy nadzór nad usypianiem położnej, oddalił Dr. L. otoczenie chorej do sąsiedniej izby, pozostawiając drzwi otwarte. Wskutek tego zeznania świadków są chwiejne i niepewne; mimoto sąd uznał je przeważnie za wystarczające dowody obciążające. Stwierdzono na pewno, że Dr. L. odwietrzył kleszcze zapomocą gotowania w wodzie; natomiast wątpliwą jest rzeczą, czy istotnie wprowadzał łyżki kleszczy bez ochrony ręką; położna bowiem (jedyny świadek, który znajdował się w pobliżu), zeznaje pod tym względem na niekorzyść Dra L., jednakże sama dodaje, że zajęta usypianiem chorej, nie mogła dobrze wszystkiego widzieć. Rodzącą umieścił Dr. L. na łóżku poprzecznem, wsparłszy jej nogi na krześle, przystawionem do brzegu łóżka; ponieważ jednak nie stwierdzono dostatecznie, jakie to było krzesło, przeto niewiadomo, czy istotnie, jak twierdzi oskarżenie, nogi chorej były zwieszone. W czasie pociągania kleszczy nogi chorej spadły z krzesła; położna poprawiła położenie chorej z pomocą jej męża. Po trzechkrotnych daremnych usiłowaniach ukończenia porodu zapomocą kleszczy, oświadczył Dr. L., że poród można ukończyć tylko przez wymóżdżenie i zażądał jakiegokolwiek kończystego narzędzia. Z przyniesionej mu paczki narzędzi rzemieślniczych wybrał iglicę, służącą do zszywania materaców; jest to narzędzie długości $21^{1}/_{2}$ centymetrów, przy końcu spłaszczone, i stanowiące przez to rodzaj obosiecznego noża, szerokości 5 milimetrów, a zarazem lekko na płask zagięte; dłuższa część zakończona uszkiem, jest prostym, cienkim, okrągłym prętem stalowym. W obec niepewnych zeznań świadków nie wyjaśnia się ani ze śledztwa, ani z rozprawy, czy Dr. L. iglicę tę przed użyciem odwietrzył, czy nie. Podobnież nie jest rzeczą pewną, czy narzędzie to wprowadzał pod ochroną ręki, czy też na ślepo, rozchyliwszy tylko wargi sromne; najważniejszy świadek, t. j. położna, chwieje się w swych zeznaniach, oświadczając w końcu przy rozprawie, że »jak jej się zdaje«, Dr. L. wprowadzał igłę pod ochroną jednego palca. W śledztwie miał zeznawać Dr. L., że nie wiedział dobrze, z jakim wynikiem użył igły i że zaniedbał ponownem badaniem sprawdzić skutek zabiegu; przy rozprawie zaś zaprzecza temu, twierdząc, że w śledztwie podchwycono jego słowa w chwili, gdy nie panował nad sobą. Cofnąwszy igłę, pochwycił Dr. L. dłuto i młotek, i zabierał się do użycia tych narzędzi na główce płodu, lecz otoczenie chorej odebrało je lekarzowi z rąk. Zdaje się, że w czasie wszystkich zabiegów, zmierzających do wymóżdżenia, główka płodu nie była dostatecznie od zewnątrz ustalona, czem na polecenie Dra L. miała się, według jego zeznań, zajmować położna. Tymczasem rodząca poczęła się budzić z uśpienia, Dr. L. zaś, założywszy ponownie kleszcze, wydobył w końcu płód, poczem oddalił się i wcale chorej później nie odwiedził.

Na zaznaczenie zasługuje, że według zgodnych zeznań świadków, był Dr. L. w czasie wszystkich swych czynności nadzwyczaj poruszony i pomieszany, że stracił w końcu zupełnie panowanie nad sobą i że zarówno w śledztwie, jak przy rozprawie, wzrusza się łatwo, wypada z równowagi, plącząc się i mieszając w wyjaśnieniach i zachowując się bardzo nerwowo.

Nazajutrz po zabiegach, dokonanych przez Dr. L., wystąpiły u położnicy objawy zapalenia otrzewnej; za radą Dr. B., który już dawniej chorą leczył, oddano ją do szpitala, gdzie umarła 14-go września 1897 r.

Najważniejsze wyniki sekcyi, dokonanej z polecenia sądu w 6 dni później, opiewają dosłownie:

Przed otwarciem zwłok zmierzono palcem wskazującym wymiar łonowo-krzyżowy (c. d.); w ten sposób obliczono wymiar prosty wchodu miednicy (c. v.) na $9^{1}/_{2}$ ctm., potrąciwszy grubość kości łonowej. Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono, w okolicy prawej zatoki biodrowej, płyn mętny cuchnący; pętle jelitowe w tej okolicy zaczerwienione, przekrwione, połączone świeżymi zlepami. Rozciąwszy spojenie łonowe wydobyto następnie *en masse*, zapomocą noża od mózgu, macicę z dodatkami, pęcherzem, pochwą i dolną częścią odbytnicy, poczem to wszystko złożono na tacy.

Wprowadziwszy przez cewkę moczową zgłębnik rowkowany do

pęcherza, zrobiono nożyczkami długie cięcie wzdłuż przedniej jego ściany. Pęcherz był zupełnie próżny. W otwartym pęcherzu spostrzega się na powierzchni wewnętrznej dwa otwory, prostolinijne, gdy ścianę się nieco naciągnie, lecz ziejące i okrągławe, gdy ściana jest wiotką. Jeden z otworów leży na tylnej ścianie pęcherza i prowadzi do szyjki macicznej, a mierzy 2 ctm. długości; drugi otwór, na bocznej prawej ścianie pęcherza, oddalony o 4 ctm. od tamtego i leżący prawie na tej samej linii poziomej, mierzy również 2 ctm. długości. Około tych otworów w błonie śluzowej pęcherza podbiegnięcia krwawe.

Srom i pochwa nieuszkodzone; fałdy błony śluzowej pochwy nie przedstawiają zmian; ujście pochwowe szyjki macicy nie okazuje żadnych nieprawidłowości. Na przedniej ścianie szyjki macicy, w odległości jednego ctm. od ujścia zewnętrznego, otwór prowadzący do pęcherza.

Badanie zwłok płodu wykazało:

Na górnej części czaszki znajduje się w środku mała rana powłok miękkich, długa na jeden ctm., szeroka pięć milimetrów. Na bocznej prawej połowie czaszki dwa inne małe otwory w powłokach miękkich. Wreszcie w dolnej lewej okolicy szyi, mały otwór, mierzący mniej więcej 5 milimetrów średnicy.

Pod powłokami miękkiemi czaszki nie znajduje się wybroczyn. Kości ciemieniowe są rozdzielone od siebie w tylnej połowie szwu strzałkowego, również rozdzielonym jest prawy szew ciemieniowo-potyliczny na długości 2 ctm. Kości czaszki nie są brzegami na siebie nasunięte. Kość ciemieniowa prawa złamana w kierunku pionowym; linia złamania rozpoczyna się w środku górnego brzegu, a kończy się na wysokości guza kości bocznej. Nad tą linią, mniej więcej o 2 ctm. od górnego jej końca, znachodzi się mała łukowata ranka kostna długości 5 mm. i w tem miejscu przedziurawioną jest także opona twarda; otwór mierzy 5 mm. średnicy. Kość boczna lewa, jakoteż inne kości czaszki nie są złamane.

Płuca bezpowietrzne zupełnie; zresztą narządy wewnętrzne bez zmian. Waga płodu 3420 gramów.

Na zasadzie tych danych orzekli zawezwani przez sąd znawcy, Dr. M. i S., że przyczyną śmierci denatki było zapalenie otrzewnej, wywołane przez podwójne przedziurawienie pęcherza. Przedziurawienie to zaś powstało prawdopodobnie przy użyciu przez lekarza igły do szycia materaców w celu wykonania wymóżdżenia.

Zdaniem znawców, wobec daremnych usiłowań ukończenia porodu zapomocą kleszczy i w obec tego, że płód już nie żył, wymóżdżenie było wskazane. Lekarz dopuścił się jednak błędu, jeżeli wybranego przez siebie narzędzia używał bez ochrony ręką (t. j. dwoma palcami). Należy jednak zważyć, że zabieg dokonany był w warunkach bardzo niekorzystnych, a mianowicie, bez należytej umiejętnej pomocy i zapomocą narzędzia, bardzo niewygodnego, mogącego się łatwo obracać w palcach operującego i ześlizgiwać z czaszki płodu; wreszcie, że obwiniony lekarz po raz pierwszy w życiu dokonywał wymóżdżenia. Lekarz posiada niewątpliwie prawo użyć jakiegokolwiek narzędzia, jakie w danej chwili uznaje za stósowne i mogące go doprowadzić do zamierzonego celu.

Już na podstawie pierwszej części tego orzeczenia, to jest na zasadzie twierdzenia, że przyczyną śmierci denatki było ostatecznie obrażenie macicy i pęcherza przez lekarza, uwięziono Dra L. przed rozpoczęciem właściwego śledztwa, zaraz po sekcyi; to uwięzienie było powodem zaniepokojenia i oburzenia w kołach lekarskich, za którem poszły uchwały stowarzyszeń lekarskich, wyrażające ubolewanie z powodu potępienia sądu, rozpisanie składek na rzecz niezamożnego uwięzionego, i gorące rozprawy w prasie lekarskiej, a nawet codziennej, odwołujące się do obrażonej godności stanu lekarskiego, uczuć koleżeńskich itd. Szczegóły te nie miałyby większego znaczenia dla samej istoty sprawy, gdyby nie to, że omawiając rzecz, potrącano także o zagadnienia zawodowe i że do sądu zgłosił się dobrowolnie, jako świadek odwodowy, prof. P., położnik, rzucając na szalę rozpraw powagę swego nazwiska i szereg twierdzeń, przedstawiających się w streszczeniu, jak następuje:

Ze śledztwa i rozprawy wynika, że Dr. L. postępował ściśle według wskazań naukowych. Nie mogąc, wobec zwężenia miednicy, po trzechkrotnych nadaremnych usiłowaniach, użyć czwarty raz kleszczy, bez obawy ciężkich obrażeń położnicy i pragnąc po śmierci płodu ocalić matkę, musiał wykonać bezzwłocznie wymóżdżenie; użył do tego narzędzia najlepszego, jakie w danych warunkach miał pod ręką; nie można uważać igły za narzędzie nieodpowiednie, za krótkie i za cienkie, skoro wszystkie klasyczne podręczniki polecają, w braku innych narzędzi, dokonać wymóżdżenia zwykłym nożykiem (bistouri).

Wynik sekcyi denatki nie dowodzi, że znalezione obrażenia pęcherza powstały wskutek skaleczenia igłą. Przeciw temu przemawia istnienie dwóch otworów w pęcherzu, chociaż Dr. L. raz tylko igłę wprowadził do macicy. Wobec częstości samoistnych pęknięć macicy, należało o nich przedewszystkiem pomyśleć i stwierdzić dokładnie, czy istniały warunki, do nich usposabiające. Ponieważ nie zachowano miednicy denatki, przeto rozstrzygnięcie tej sprawy jest obecnie niemożebne, a tem samem nie można twierdzić, że nie było warunków do samoistnego pęknięcia macicy; w szczególności zaś wyrośli kostnych (exostosis), wystających do jamy miednicy i sprowadzających niejednokrotnie znaczne obrażenia narządów płciowych bez żadnej winy lekarza.

Okoliczność, że pomimo kilkakrotnego użycia kleszczy, nie znaleziono żadnych obrażeń sromu, pochwy i części pochwowej, świadczy, że Dr. L. postępował bardzo oględnie i zręcznie, ponieważ obrażenia takie prawie zawsze przy porodach kleszczowych bez winy lekarza powstają.

Zresztą starał się prof. P. wykazaniem niedokładności opisu sekcyi, n. p. brakiem dokładnych i ścisłych pomiarów miednicy, usunięciem spojenia łonowego przed obejrzeniem narządów rodnych itd, dowieść, że opis ten wogóle jest zły i wobec tego nie może służyć za dowód, obciążający obwinionego. Te jednak szczegóły, zdolne niewątpliwie zachwiać zdaniem sądu na niekorzyść orzeczenia znawców, w niczem sprawy nie wyjaśniają i dlatego można je pominąć.

Śladem prof. P. poszedł położnik, Dr. V., przenosząc uwagę na wartość opisu sekcyi i usiłując pośrednio, zapomocą krytyki tego opisu, znaleźć dowody na korzyść obwinionego. Zarzuty Dra V. można zebrać w sposób następujący:

Pomiary miednicy denatki dokonane były w sposób niewłaściwy, używany tylko na żywych osobnikach w braku lepszego i dający błędy aż do 2 ctm. — Zmierzono tylko wymiar prosty i to tylko pośrednio, zaniedbano zmierzyć innych wymiarów bezpośrednio; nie zmierzono grubości kości łonowej, a wzmianka o niej w opisie sekcyi świadczy, że nie wiedziano, co i dlaczego przy pomiarach miednicy się odlicza. Wskutek tego, że obrażenia pęcherza stwierdzono dopiero po wydobyciu narządów rodnych w całości, nożem od mózgu, nie można wyłączyć przypuszczenia, iż obrażenia te powstały w czasie samej sekcyi. Nie zbadano dokładnie cieczy, znalezionej w jamie brzusznej, aby stwierdzić, czy zawiera ona składniki moczu, czy nie. Nie udowodniono, zapomocą prób, dokonanych na narządach rodnych, leżących jeszcze »in situ«, że obrażenia znalezione mogły powstać zapomocą iglicy, (wspomnianych wyżej wymiarów i kształtu). Nie podano dowodu, że obrażenia te nie powstały przed użyciem iglicy, w czasie użycia kleszczy, jak się to niekiedy nawet wprawnym zawodowym położnikom bez ich winy zdarzyć może. Nie zachowano miednicy denatki, wskutek czego nie można osądzić, czy nie było takich zmian części kostnych, które mogły usposabiać do samoistnego pęknięcia macicy. Zachowane części miękkie zaś nie mogą dostarczyć, po niewłaściwie wykonanej sekcyi, żadnych użytecznych wskazówek. Brak obrażeń sromu, pochwy i części pochwowej nie daje się pogodzić z tem, co wiadomo o wielokrotnych zabiegach Dra L. Nie opisano dokładnie otworu pęcherzowo-macicznego od strony wnętrza macicy,

pomimo, że w tem miejscu sadowią się często przetoki pęcherzowo-maciczne, powstające samoistnie.

Rany, znalezione na głowie płodu, odpowiadają miejscom, wybieranym zwykle do wymóżdżenia. Wymiary tych ran (5 mm.) są znacznie mniejsze od wymiarów otworów w pęcherzu (2 ctm.), co przemawia przeciw twierdzeniu, że jedne i drugie pochodzą od ukłócia jednem i temsamem narzędziem, najwyżej 5 mm. szerokiem. Brak w końcu, w opisie sekcyi, wzmianki o śladach kleszczy na główce płodu; po tem zaś, co o czynnościach Dra L. wiadomo, niepodobna przypuścić, aby ich nie było.

W uzasadnieniu wyroku pomieszczono następujące zastrzeżenie:

Sąd nie może sprawdzać rozpoznania, ani orzekać o tem, czy zastosowane leczenie było właściwe lub nie; lecz kompetencya jego rozciąga się na pole faktów prawa cywilnego, win, popełnionych przez zaniedbanie, niedoświadczenie lub nieumiejętność.

Zestawiwszy zaś sprzeczne zdania znawców, Dr. M. i S. i prof. P., orzekł sąd:

Wobec dwóch zdań przeciwnych, jednego opartego na wynikach sekcyi, drugiego, uzasadnionego danemi teoretycznemi, wnieść należy, że obrażenia pęcherza sprawione były przez igłę i że śmierć położnicy była skutkiem ciężkich zaniedbań i niedoświadczenia oskarżonego.

Zważywszy, że wprowadzając igłę do pochwy, bez ochrony ręką, i nie sprawdzając wyników tego zabiegu, uchybił obwiniony zasadniczym prawidłom sztuki lekarskiej i okazał oczywistą nieznajomość przedmiotu...

Skazuje się Dra L., przy uwzględnieniu okoliczności łagodzących, mianowicie nieposzlakowanego dotąd życia, trudności początków zawodu, braku doświadczenia z powodu małej praktyki i wzruszenia w czasie zabiegu, na 3 miesiące więzienia z zastosowaniem prawa Berangera. (Wyrok nie zostaje wykonany. *Przyp. aut.* *)

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra Pareńskiego w krakowskim szpitalu św. Łazarza.

O działaniu leczniczem strofantyny

napisał

Dr. Eljasz Stahr,
Sekundaryusz szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

W drugim przypadku niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej i zwężenia ujścia tętniczego lewego (Alojzy Hardyn Nr. prot. stanu 5813, Nr. Dz. 939, od 18/XII 1895—1/I 1896) ilość moczu, wśród zażywania strofantyny, wynosiła 250 grm. na dobę, nigdy zaś 400 grm. nie przekroczyła; ciężar gatunkowy od 1·026—1·030, duszność się utrzymywała, wątroba ciągle sięgała na 4 ctm. poniżej łuku żebrowego tak, że wreszcie musieliśmy przejść do kofeiny (0·50 : 200,0 dziennie), a wtedy dopiero stan chorego się zaczął poprawiać. W tętnie, co prawda, to ani co do ilości uderzeń na minutę, ani co do jego siły i kształtu na obrazkach sfigmograficznych, żadne zmiany nie wystąpiły; podobnie stłumienie serca i siła szmerów słyszalnych nad tętnicą główną utrzymywały się w jednakim stanie; jednak ilość moczu z dnia na dzień rosła tak, że od II-go dnia, po rozpoczęciu podawania kofeiny, notowano:

Ilość	dzienna	moczu	560	grm.	c. g.	1·027
„	„	„	570	„	„	1·025
„	„	„	1200	„	„	1·016
„	„	„	1280	„	„	1·015
„	„	„	1200	„	„	1·018
„	„	„	1500	„	„	1·013

i t. d. i t. d.

Chory, już po sześciu dniach zażywania kofeiny, opuścił szpital w znacznie lepszym stanie.

W dalszym ciągu podawano strofantynę w małych dawkach pięciu chorym na niedomykalność zastawki dwudzielnej. W 3 tego rodzaju przypadkach podawałem wprawdzie lek ten przez bardzo krótki czas, bo przeciętnie tylko przez tydzień, jednak najmniejszego dodatniego, a pewnego skutku nie mogłem zanotować. W następnych 2-ch przypadkach tego cierpienia miałem sposobność podawać małe dawki tego leku przez dłuższy czas.

1) Franciszek Z. (Nr. prot. 3785 z r. 1895). Rozpoznano *Insufficientia valvulae mitralis in stadio hyposystolico;* leczony był przez czas od 8/8 1895 do połowy listopada tegoż roku najrozmaitszymi lekami, w tem cierpieniu używanymi; tętno jednak było zwykle liche, dochodziło, a często przekraczało liczbę 120 na minutę; od czasu do czasu pojawiały się napady kołatania serca, czasami znowu występował zawał krwotoczny w płucach. Wreszcie, w połowie listopada, chcąc choremu zmienić jednostajne leczenie, zastosowaliśmy strofantynę. Chory bowiem, leczony na serce od lat wielu najrozmaitszymi lekami, dobrze je znał i nie miał do nich zaufania. Jedyny dodatni objaw, któryśmy zauważyli, był ten, że od czasu podawania tego leku, chory nie miewał tak silnych i tak częstych napadów kołatania serca. Zresztą stan ogólny wcale się nie zmienił, a w dniu wypuszczenia chorego z zakładu, d. 22/XII, — (chciał koniecznie jechać na święta do domu), — notowano: Tętno 108, regularne, ale dwubitne, moczu 500 grm. o c. g. 1·0285.

2) Wojciech H.... przyjęty d. 26. listopada 1895 r. z takiem samem rozpoznaniem, jak poprzedni chory: *Insufficientia valvulae mitralis in stadio hyposystolico.* (*Tumor hepatis, ascites, anasarca*). W opisie stanu chorego w dniu przyjęcia zanotowano, że uderzenie serca macalne w VI. międzyżebrzu, w linii sutkowej lewej. Wypukiem nakreślono następujące granice serca: dolny brzeg IV. żebra lewego, linię sutkową lewą i linię środkową ciała. Nad koniuszkiem i nad podstawą serca dwa piłujące szmery; nad płucną pierwszy szmer udzielony, drugi ton zaostrzony. Tętno 92, regularne, silnie napięte. W jamie brzusznej płyn wolny. Wątroba sięga od dolnego brzegu VII. żebra, na 6 ctm. niżej łuku, macalna, bolesna. Z objawów ogólnych uważano duszność, sinicę i obrzęk kończyn dolnych.

Stan chorego był w dniu przyjęcia tak ciężki, że nie mając zaufania do strofantyny, a nie chcąc polecać innego leku nasercowego, podaliśmy kalomel. Wystąpiło wprawdzie już po trzech ćwiercgramowych dawkach zatrucie rtęciowe, jednak miernego nasilenia, a stan ogólny się poprawiał tak widocznie, że już w dniu 6/XII. 1895 roku obrzęki z nóg ustąpiły, tętno wynosiło tylko 75 do 85 uderzeń. Moczu bywało do 1500 grm na dobę. Wątroba nieco zmalała, choć jeszcze wyraźnie była macalna, a płynu w jamie brzusznej ubyło.

Przeczekawszy jeszcze dla obserwacyi 4 dni, poczęto podawać w małych dawkach strofantynę, wśród wcale zadowalniającego stanu chorego. Nie długo jednak trwał ten pomyślny stan podczas podawania strofantyny: Wątroba coraz bardziej zaczęła się powiększać, 19/XII. pojawiły się obrzęki na stopach, moczu było coraz mniej; tak np. od 22/XII. ilość moczu na dobę wynosiła:

22/XII	—	600	—	c. g.	—	1·026
23/XII	—	720	—	c. g.	—	1·025
24/XII	—	700	—	c. g.	—	1·028

*) Sąd wyższy (kasacyjny) rozpatrzywszy ponownie sprawę Dra L..., zniósł w dniu 4 marca b. r. pierwotny wyrok sądowy, uwalniając tem samem obwinionego od wszelkiej odpowiedzialności i kary. Powody uniewinniającego wyroku zasługują na wzmiankę. Mianowicie orzeka sąd wyższy, że dowodów winy oskarżonego należało szukać wyłącznie w zeznaniach jego samego i świadków, gdyż z nich tylko można wnosić, czy Dr. L. istotnie w c z a s i e s w o i c h z a b i e g ó w popełnił błąd, zaniedbując niezbędnych ostrożności. Obciążające zeznania dwóch tylko świadków, jakiemi rozporządzało oskarżenie, budziły uzasadnione wątpliwości, a z drugiej strony o r z e c z e n i e znawców nie dostarczyło dowodu istoty czynu według określenia, zawartego w artykule 39 prawa karnego francuskiego (wina przez zaniedbanie).

25/XII — 350(!) — c. g. — 1·030
26/XII — 700 — c. g. — 1·025
27/XII — 400 — c. g. — 1·028

Duszność coraz większa, 27/XII. zanotowano: „duszność znaczna“, obrzęki się powiększają, — jednem słowem stan z dnia na dzień stawał się gorszy, dlatego też 28/XII. odstawiono strofantynę, a zastąpiono ją kofeiną i konwalią (extr. convall. spiss. w pigułkach, po *0·25*, 3 razy dziennie po 2 pigułki). Mimo tego jednak stan się nie poprawiał, moczu bywało 400, 650, 600 grm. na dobę, obrzęki na kończynach dolnych zwiększały się, wystąpiły bardzo wyraźnie w okolicy kości krzyżowej, wątroba rosła w oczach i sięgała nawet do linii sutkowej lewej. Podano wtedy (4/I. 1896) naparstnicę (infus. 1:200 c. coff. citr. 0·50). Obrzęki dalej jednak rosły i tak np. 5/I. notowano: „płyn wolny w jamie brzusznej dochodzi w pozycyi leżącej chorego na 4 ctm. niżej pępka w linii środkowej ciała. Wątroba sięga w linii sutkowej prawej do pępka. Stłumienie bezwzględne serca od górnego brzegu 4-go żebra przekracza na prawo prawy brzeg mostka na 4 ctm., na lewo dochodzi do linii sutkowej. Tętno, jak i przez cały czas leczenia, regularne, dobrze napięte“. Ilość moczu wprawdzie podniosła się (1000 grm.), stan jednak ogólny pogarszał się coraz bardziej. Tętno stało się dwójkowe (bigeminus); 10/I. zaczęło co chwilę przepuszczać, zatrzymując charakter tętna dwójkowego (bigeminus), a 12/I chory zmarł.

W tym przypadku, w ciągu 18 dni, podawaliśmy jedynie tylko strofantynę, stan się znacznie pogorszył i to tak, że potem chory, pomimo zażywania kofeiny, konwalii, a nawet naparstnicy, nie mógł nawet do względnego powrócić zdrowia.

Jednem słowem małe dawki strofantyny najzupełniej nas zawiodły.

II.

Do drugiej gromady zaliczam przypadki, w których podawano strofantynę w dawkach większych; zaczynaliśmy od 3 miligramów, a powiększając dawki stopniowo, a stale, dochodziliśmy nawet do 20 miligramów na dobę.

Te spostrzeżenia obejmują cztery przypadki, a mianowicie: trzy przypadki wady zastawki dwudzielnej i jeden, w którym rozpoznano guz śródpiersia przedniego.

1) Eugeniusz S., lat 31, buchalter z Krakowa. Przed 6-ciu laty przechodził gościec stawowy; przed $4^1/_2$ r. dur brzuszny. Przed kilku miesiącami pokazały się przy kaszlu w plwocinach żyłki krwi; obecnie bardzo dokuczają choremu kaszel i gwałtowne bicie serca, występujące przy wysiłkach fizycznych. Badanie w dniu przyjęcia (9/XII. 1895 r.) wykazuje zmiany w sercu: Uderzenie serca widzialne, jako dosyć rozległe wstrząśnienie, najwyraźniej macalne w V. międzyżebrzu, w linii sutkowej. Stłumienie serca zaczyna się na V. żebrze, przekracza mostek na prawo o 2 ctm.; na lewo nie dochodzi do linii sutkowej lewej. Szmer nad koniuszkiem serca. drugi ton nad płucną zaakcentowany. Tętno 108, miękkie, regularne. Kociego mruku, obrzęków niema.

Mieliśmy zatem przed sobą przypadek wady serca w okresie którego wprawdzie nie można nazwać „stadium eusystolicum“, ale również nie było to jeszcze „stadium hyposystolicum“.

Na oddziale dostawał ten chory strofantynę i to z początku po 3 mlgr. dziennie przez 10 dni. W tym czasie pojawił się mały obrzęk koło kostek, zresztą żadnych zmian nie było. Dawkę leku co kilka dni powiększano, aż do 6-iu mlgr. dziennie. Tętno ciągle wynosiło wyżej 100 uderzeń na minutę, zawsze między 100—110, zawsze drobne; raz tylko notowano tętno ledwo macalne; obrazki tętna nie wykazują również żadnych zmian. Ilość moczu wahała się między 1400 a 1950 gr. na dobę. Stan ogólny jednak stawał się coraz gorszy, obrzęki bowiem zaczynały się powiększać i dlatego od stycznia 1896 r. przeszliśmy do podawania *extr. convall. maj. spiss.* 15. stycznia chory opuścił szpital z małą poprawą, wprawdzie bez obrzęków, ale w stanie nie o wiele lepszym od tego, w jakim się zgłosił do szpitala.

I nie długo trwała ta poprawa, bo już 23. stycznia, a więc po tygodniu, wśród którego tylko 4 dni zajmował się pisaniem, wrócił z dusznością, sinicą na wargach, śladem obrzęków na kończynach i obrzękiem zastoinowym wątroby. Wątroba sięgała dolnym brzegiem prawie do pępka, była macalna i boleśna. Tętno 104, b. drobne, regularne, miękkie. Mocz ciemny, wysycony, z dużą ilością białka, o ciężarze gat. 1·031.

Przypadek ten jest wymownym dowodem, że strofantyna, jeśli w ogóle ma jakiekolwiek działanie, to w każdym razie nie długo trwałe.

2) Ludwik M. lat 17, syn wyrobników z Bronowic, zgłasza się z powodu duszności i obrzęku na nogach i okolicy kości krzyżowej. W stanie obecnym zanotowano między innemi:

Uderzenie koniuszkowe serca widzialne i macalne w VI. międzyżebrzu na 2 ctm. na zewnątrz od sutka. Stłumienie bezwzględne serca powiększone, przekracza prawy brzeg mostka na 2 ctm. a linię sutkową lewą również na 2 ctm. na zewnątrz. Szerokość stłumienia wynosi 14 ctm. Dwa szmery wszędzie na klatce piersiowej słyszalne, najlepiej nad lewą komórką. Tętno 116, drobne, regularne. Wątroba boleśna, macalna na 3 ctm. powyżej pępka. W jamie brzusznej płyn wolny sięga do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem. Rozpoznano: *Insufficientia valvulae mitralis cum stenosi ostii venosi sinistri in stadio hyposystolico.*

Przypadek ten był tak ciężkim, że nie można było narażać chorego na próbę z strofantyną, to też odrazu podano choremu naparstnicę (napar. 1:200)

Stan pacyenta po 2-ch tygodniach, wśród których dostał w pierwszych 3-ch dniach naparu z $2^1/_2$ grama liści naparstnicy, poprawił się o tyle, że 1-go marca, 1896 roku, z obrzęku podskórnego nie było śladu; tylko wątroba pozostała w tych samych rozmiarach, jak w chwili przyjęcia. Tętno było dwubitne i wynosiło 104 uderzeń na minutę. Moczu było na dobę przeciętnie litr, o c. g. 1·014—1·016. Podano wtedy choremu strofantynę, ale odrazu 6 mlgr. na dobę. Już 5-go marca powiększono dawkę na 10 miligr., a 8/III. na 12 mlgr. na dobę. Odtąd też stan chorego był z dnia na dzień gorszy, i tak n. p.

4/3	moczu	650	grm.	c. g.	1·028,	tętno	108	reg.	dwubit.	
5/3	„	600	„	„	1·026,	„	104	„	„	
6/3	„	500	„	„	1·027,	„	112	„	„	słabe
7/3	„	550	„	„	1·027,	„	108	„	„	„
8/3	„	500	„	„	1·027,	„	100	„	„	„
9/3	„	600	„	„	1·024,	„	100	„	„	„
10/3 11/3	„	po 450	„	„	1·027,	„	112	„	„	b. słabe.

Zaprzestano podawania tego leku i wrócono do naparstnicy, która już teraz tak nie działała skutecznie, jak w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu.

Stan chorego był coraz gorszy, tak, że go rodzina zabrała 27/III. w rozpaczliwym stanie do domu. Znowu przekonaliśmy się, że i wielkie dawki tego leku nie działają skutecznie.

3) Franciszek W., l. 19, przebywał w r. 1895 ostry gościec stawowy, z następowem zapaleniem śródsierdzia a 6/I. 1896 r. zgłosił się do szpitala z powodu zapalenia płuca lewego. Rozpoznano: *pleuropneumonia sinistra in individuo cum insufficientia valvulae mitralis in sta-*

dio eusystolico. Tętno chorego było od pierwszej chwili dwubitne, koło 80 uderzeń wynoszące, regularne, dobrze napięte.



Chory na oddziele przebył zapalenie płuc i opłucnej, jednak wysięk opłucnowy długi czas się utrzymywał. Wieczorami gorączkował (między 38° C. i 39° C.); wtedy t. j. 27-go lutego, obok leczenia wysięku opłucnowego, zaczęto podawać strofantynę, począwszy od 10 miligr. na dobę, aż 20 mlgr.

Dwubitność utrzymywała się ciągle, jak świadczy załączony sfigmogram z 19-go marca t. r.



Liczba uderzeń serca na minutę była coraz większa. Ilość dzienna moczu trzymała się bardzo wysoko, bo około 2000 grm., a nawet i wyżej. I to jest jedyny objaw, jaki można odnieść do strofantyny, t. j. wzmożenie się ilości moczu; ale zauważono to dopiero wtedy, kiedy przekroczono dawkę 15 mlgr. na dobę. Mimo tego wysięk nie ustępował. Po 2 ch dniach podawania 20 mlgr. spostrzeżono objawy ostrego nieżytu przewodu pokarmowego i odstawiono strofantynę.

Chory wkrótce opuścił szpital z lewym wysiękiem opłucnowym, sięgającym od połowy łopatki ku dołowi.

4) Jan St. l. 56, przyjęty 9/I. 1896 r. z rozpoznaniem guza śródpiersia przodkowego. Choremu temu podawano obok jodku potasu strofantynę. I tutaj również, jako jedyny objaw, który można przypisać działaniu strofantyny, było wzmożenie się diurezy. Z początku chory oddawał dziennie od 1000 do 1350 grm. moczu; kiedy zaś zaczęto podawać lek ten i to w wysokich dawkach, wynoszących 14, 16, 18, a nawet 20 mlgr. na dobę, bywało moczu: 2300, 2000, 2500 grm. itd., a nawet raz było 3000 grm. Tętno jednak było ciągle jednakowe.

Zestawienie tych spostrzeżeń prowadzi do następujących wniosków:

1) strofantyna krystaliczna Mercka, podawana wewnętrznie, nie jest gwałtowną trucizną tak, że można ją bezkarnie, lecz i prawie bezskutecznie, podawać do 20 mlgr. na dobę;

2) że działanie jej nie sumuje się (kumuluje);

3) że niema ona żadnego ubocznego działania;

4) że w dawkach wysokich, powyżej 15 mgr. na dobę, podnosi diurezę i

5) że chorzy zażywając ten lek, uważali, że napady kołatania serca występują nie tak często i silnie. Czy to jednak położyć należy na karb leku, czy raczej spokojnego zachowania się pacyentów w szpitalu, nie chcę rozstrzygać.

Niech mi przy końcu niniejszej pracy będzie wolno złożyć serdeczne dzięki W-mu Panu Prof. Drowi Pareńskiemu za pozwolenie czynienia doświadczeń na Jego oddziale, jakoteż za cenne wskazówki wśród pracy.

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wzajemnym stosunku funkcyj żołądkowych i jelitowych

podał

Dr. Józef Wiczkowski,

przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym.

(Ciąg dalszy).

DZIAŁ B.

P r z y p a d e k I. J. S., lat 45. Rozpoznanie: *Enteritis catarrh. chron. in indiv. cum induratione apicis pulmonis sinistri.*

Łaknienie wcale dobre, odbijań nie ma. W ogóle brak jakichkolwiek przypadłości żołądkowych. Stolców wodnistych 3—5 dziennie. W stolcach nie znalaziono prątków gruźliczych. Chory miał nadużywać napojów wyskokowych. Przez czas pobytu w klinice (7/1—20/1), przybyło go na wadze blisko 2 klgr. *(Patrz Tablica VI).*

Powyższy przypadek dowodzi wybitnie prawdziwości odkrytego prawidła, a mianowicie: rozwolnienie dłuższy czas trwające sprowadza zmniejszenie się, a nawet zanik wolnego kwasu solnego; gdy się zaś poda środek powstrzymujący, jak makowiec, zwiększa się tak ogólna kwasota treści żołądkowej, jako też ilość wolnego kwasu solnego. Ilość utajonego kwasu solnego pozostała w tym przypadku prawie ta sama, tak wśród rozwolnienia, jako też podczas zaparcia stolcowego; również zachowała się ilość kwasów tłuszczowych. Podnieść tu należy, że w treści żołądkowej tego chorego znajdywałem niezwykle wielką ilość białka surowiczego (0·03—0·04%).

P r z y p a d e k II. M. T., l. 48. Rozpoznanie: *Carcinoma glandulae thyroideae lobi sinistri subsequ. metast. glandularum lymphaticarum coli lateris sinistri et metast. ossium. Enteritis catarrh. chronica.*

Chory skarży się na bóle w okolicy pępka. Bóle te, po odejściu wiatrów, zmniejszały się, po stolcu pozostają niezmienione. Łaknienie małe, smak papkowaty, odbijań niema. Stolec od trzech tygodni płynny, 3—6 razy na dobę. Brzuch lekko wzdęty, nieco tkliwy przy obmacywaniu; guza nigdzie wyczuć nie można. Kał płynny, żółty, z białemi grudkami, oddziaływania kwaśnego. Badanie drobnowidowe kału wykazało miazgę rozpadową, niestrawione kuleczki skrobi, strawione włókna mięsne, nieliczne kulki tłuszczowe, liczne drobnoustroje.

U tego chorego zdołałem wydobyć tylko mało treści żołądkowej i to z wielkiemi trudnościami, dlatego nie mogłem przeprowadzić całego szeregu doświadczeń. Badanie chemiczne treści żołądkowej wykazało: oddziaływanie słabo kwaśne, kwasota ogólna 12—22 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH, zupełny brak wolnego kwasu solnego, utajonego kwasu solnego 10—26 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH, ślady pepsyny i albumozy, z jodem powstaje zabarwienie żółte (achroodekstryna), cukier w wybitnej ilości, ślad kwasu mlekowego, białka surowiczego 0·02—0·04%, ślad zaczynu podpuszczkowego.

P r z y p a d e k III. M., 2 lata. Rozpoznanie: *Enteritis chronica.*

Tablica VI.

J. S. *Enteritis catarrhalis chronica in indiv. cum induratione apicis pulmonis sinistri.*

Data	Po śniadaniu: kwasota ogólna	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: kwasota ogólna	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwaga
8/1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	0	—	60	2	—	—	—	--	—	1	3 stolce płynne
10/1	20	0	—	50	2	0	ślad	0	wybit.	0·03%	12	0	—	92	2	ślad	wybit.	0	wybit.	0·04%	1	2 stolce płynne
11/1	20	0	—	48	2	0	ślad	0	wybit.	0·04%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1½	2 stolce płynne
12/1	—	—	—	—	—	—	—	—	--	--	32	0	—	60	2	0	wybit	0	wybit	0·04	1	1 stolec
Po makowcu																						
14/1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	4	24	—	2	0	wybit.	0	wybit	0·03	1	60 kropel *trae opii* 1 stolec
16/1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	2	24	—	2	0	wybit.	0	wybit.	0·04	1½	60 kropel *trae opii* 1 stolec
17/1	16	0	—	24	2	ślad	ślad	0	wybit.	0·03%	20	0	—	30	2	ślad	ślad	0	wybit.	0·03	1	60 kropel *trae opii* 1 stolec
18/1	2	0	—	26	2	0	ślad	0	wybit.	0·03%	44	2	38	—	4	—	wybit.	0	wybit.	0·04	—	60 kropel *trae opii* 1 stolec

Ten przypadek, jako też następne cztery, zawdzięczam łaskawej i chętnej uprzejmości Dyrektora szpitala dziecięcego, Dra Merczyńskiego, któremu za to serdecznie dziękuję. *(Patrz Tablica VII).*

Przypadek IV. R., 5 lat. Rozpoznanie: *Enteritis chronica subsequ. hydraemia. (Patrz Tablica VIII).*

Tablica VIII.

R. *Enteritis chronica subs. hydraemia.*

Data	12/2 wieczór	13/2 rano	13/2 wieczór	14/2 rano	14/2 wieczór	15/2 rano	15/2 wieczór	16/2 rano	16/2 wieczór	17/2 rano
kwasota ogólna	48	6	26	44	36	92	62	32	92	32
wolny kwas solny	4	0	0	16	0	20	24	0	42	12

4—6 stolców płynnych — 1 stolec prawidłowy po użyciu tannigenu.

Przypadek V. S., 1 r. Rozpoznanie: *Enteritis acuta post diphteriam. (Patrz Tablica IX).*

Przypadek VI. P., 3 l. Rozpoznanie: *Prolapsus recti, enteritis chronica. (Patrz Tablica X).*

Tablica X.

P. *Enteritis chronica, prolapsus recti.*

Data	13/2 rano	13/2 wieczór	14/2 rano	14/2 wieczór	15/2 rano	15/2 wieczór	16/2 rano	16/2 wieczór	17/2 rano
ogólna kwasota	24	26	8	38	22	32	18	14	22
wolny kwas solny	0	0	0	8	4	18	0	4	4

stolce płynne 3—5 dziennie — 1—2 stolce prawidłowe przy użyciu tannigenu

Przypadek VII. Sz., 2 l. Rozpoznanie: *Enteritis chronica. (Patrz Tablica XI).*

Przeglądając powyższe tablice tych pięciorga dzieci widzimy, że u dzieci, tak samo jak i u dorosłych, towarzyszy nieżytowi jelitowemu zmniejszenie się lub nawet brak wolnego kwasu solnego. W miarę jak przypadłości jelitowe ustępowały, poprawiał się i chemizm żołądkowy. Dzieci brały tylko tannigen, pod którego działaniem stolce stawały się więcej prawidłowe i mniej częste, a tem samem pojawiał się w żołądku lub wzmagał się wolny kwas solny.

Przypadek VIII. A. M., lat 47. Rozpoznanie: *Hyperaciditas digestiva, atonia intestinorum.*

Choroba rozpoczęła się w czerwcu 1897 r. wśród na-

Tablica VII.

M. *Enteritis chronica.*

	Po śniadaniu						Po obiedzie						
Data	ogólna kwasota	wolny kwas solny	kwas mlekowy	albumozy	cukier	białko surowicze	ogólna kwasota	wolny kwas solny	kwas mlekowy	albumozy	cukier	białko surowicze	Uwagi
11/1	2	0	—	—	—	—	6	0	—	—	—	—	5 stolców płynnych
13/1	6	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4 stolce płynne
14/1	12	0	wybitny	ślad	ślad	ślad zaledwie spostrzegalny	—	—	—	—	—	—	5 stolców płynnych
17/1	26	0	ślad	ślad	ślad	—	22	ślad	—	—	—	—	3 stolce płynne
18/1	26	4	—	—	—	—	12	0	—	—	—	—	Tannigen jeden stolec
19/1	54	12	wybitny	ślad	ślad	ślad	18	8	—	—	—	—	Tannigen jeden stolec
20/1	48	20	0	wybitne	ślad	—	30	16	—	—	—	—	Tannigen jeden stolec
21/1	48	24	0	wybitne	ślad	—	26	16	0	—	—	—	—

Tablica IX.

S. *Enteritis acuta post diphteriam.*

Data	31/1	1/2		2/2		3/2		4/2		5/2	6/2		7/2		8/2		9/2
	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po obied.
ogólna kwasota	24	22	22	28	8	18	18	6	22	14	14	22	32	22	36	24	28
wolny kwas solny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	10	6	12	8	8	14
utajony kwas solny	12	10	10	12	2	4	4	2	4	8	6	8	—	—	—	—	—

3—7 stolców płynnych

1—2 stolce prawidłowe (bez leków).

Tablica XI.

Sz. *Enteritis chronica.*

Data	12/2	13/2		14/2		15/2		16/2		17/2	
	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór
kwasota ogólna	48	22	18	14	16	20	22	24	20	26	26
wolny kwas solny	0	0	0	0	0	2	2	6	12	0	10

stępujących objawów: brak łaknienia, częste odbijania, a przedewszystkiem stałe zaparcie stolca tak, że wypróżnienie następowało tylko po środkach przeczyszczających. Stolec zbity z obfitą domieszką śluzu. W okolicy żołądka miewa rozmaite uczucia: gniecenią, palenia, ciężkości, zwłaszcza po zjedzeniu obfitszej ilości pokarmów, w jelitach zaś — wzdymania. Chory największą wagę przypisuje stałemu zaparciu stolca. Łaknienie wcale dobre. *(Patrz Tablica XII).*

W powyższym przypadku istotnie podczas zaparcia stolca i kwasota wysoka (48, 58, 62, 66, 70, 102 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH) i ilość wolnego kwasu solnego jest dość znaczna (8, 12, 14, 18, 20, 30 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH). Z chwilą kiedy chory począł brać środki przeczyszczające, ilość wolnego kwasu solnego zmniejszyła się (4, 6, 10 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH), lub nawet zupełny był go brak.

(Dokończenie nastąpi).

Tablica XII.

A. M. *Hyperaciditas digestiva, atonia intestinorum.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Uwagi
14/2	58	18	30	—	10	0	bardzo wybitne	amidul.	—	0·005%	102	30	54	—	18	0	bardzo wybitne	—	—	0·008%	Trzy dni brak stolca
15/2	48	14	22	—	12	0	wybitne	amidul.	ślad	0·04	70	12	54	—	16	ślad	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·006%	brak stolca
16/2	62	20	30	—	12	0	wybitne	amidul	wybitny	0·006%	66	8	40	—	18	0	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·008%	brak stolca
Po środkach przeczyszczających																					
17/2	40	0	—	8	4	wybitny	ślad	amidul.	wybitny	0·02%	82	10	72	—	10	0	wybitne	0	wybitny	0·006%	*aqu. lax. vien. 60.0 natr. sulphur. syr. mann. ana 10* 3 stolce płynne
18/2	36	6	24	—	6	0	ślad	amidul.	wybitny	0·006%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*aqu. lax. vien. c. natr. sulph. et syr. mann.* 2 stolce płynne
19/2	40	4	30	—	6	0	ślad	amidul.	wybitny	0·009%	80	0	—	10	10	wybitny	ślad	achroodekstryna	0	0·004	4 pig. *podophyl. c. aloe et rheo* częste stolce
20/2	40	6	24	—	19	ślad	ślad	amidul.	—	0·006%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2 pig. *podophyl. aqu. laxat vien.* 4 stolce

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. Ołtuszewski: **Piąty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.** (*Medycyna* 1896).

Praca ta stanowi sprawozdanie rozumowane z Zakładu dla zboczeń mowy za rok 1896/7. Oprócz naukowo opracowanego materyału klinicznego wynoszącego 217 przypadków, oraz wyników leczniczych, uzupełnia autor w niniejszym przyczynku teoretyczną stronę logopatologii wprowadzeniem nowego podziału niemot na zmysłowe i skojarzeniowe, odpowiednio do streszczonej pracy w Nr. 20 *Przeglądu lek.* oraz opisem afonii spastycznej. Na zasadzie licznie spostrzeganych przypadków jąkania w ciągu ostatnich lat 5, O. uzasadnia, że cierpienie, opisywane dotychczas pod nazwą afonii spastycznej, należy do kategoryi jąkania głosowego, a mianowicie dwu jego postaci, znanych pod nazwą skurczu zamykającego, zależnego od skurczu mięśni ścieśniających głośnię i ciągłego skurczu strun głosowych. Autor zastanawia się nad obrazami afonii, opisywanymi przez różnych autorów, przytacza odpowiednie przykłady z własnej praktyki jąkania głosowego, a porównywując obie kategorye spostrzeżeń, dochodzi do wniosku, że są one identyczne. Wyjaśniona patogeneza afonii spastycznej pozostaje w związku z odpowiednią zmianą rokowania i leczenia tego cierpienia. Wprawdzie wyleczenie samodzielne afonii spastycznej, w szczególności u histeryczek, wiadomem było już uprzednio, istnieją jednak całe szeregi przypadków omawianego cierpienia, pochodzenia niehisterycznego, niepoddające się dotychczasowym zabiegom, a więc uważane za nieuleczalne. W tych to właśnie przypadkach użycie metody leczniczej, jaką się stosuje dla usunięcia jąkania, daje bardzo dobre wyniki, czego dowodzą szczegółowo opisane spostrzeżenia kol. O.

Dr. Ołtuszewski: **Ogólne uwagi o zboczeniach mowy.** (*Gazeta lekarska*, 1897).

Na zasadzie zebranego materyału klinicznego ze swego Zakładu dla zboczeń mowy w Warszawie za ostatnie 5 lat, wynoszącego do lipca 1897 roku 880 przypadków, opracowanego naukowo w pięciu dotychczas wydanych „Przyczynkach do nauki o zboczeniach mowy“, jakoteż własnych badań, dotyczących zasadniczych nauk dla logopatologii, jako to fizyologii mowy, psychologii mowy itd., wypowiada autor ogólne uwagi o tej, ponownie odrodzonej gałęzi wiedzy lekarskiej, oraz podaje osiągnięte wyniki lecznicze. Zapoznaje więc nas z własną klasyfikacyą zboczeń mowy, opartą na zasadzie anatomicznej, opisuje oddzielne działy zboczeń mowy, jak niemotę, ze szczególnem uwzględnieniem mało dotych-

czas opracowanej niemoty u dzieci, bełkotanie łącznie z wadliwem wymawianiem, mowę nosową i jąkanie, wyświetla naukowe znaczenie logopatologii, związek jej z psychopatologią, neuropatologią, rynolaryngologią, oraz otyatryą, wyznacza miejsce jakie w szeregu nauk lekarskich winna zajmować, wreszcie podaje wyniki lecznicze. Te ostatnie przedstawiają się w następujący sposób. Na 173 przypadków niemoty leczyło się 9 osób (3 dorosłych 6 dzieci) i wszystkie odzyskały mowę. Na 191 przypadków bełkotania, łącznie z wadliwem wymawianiem, leczyło się 44 osób i wszystkie z zupełnie dobrym wynikiem. Z 48 spostrzeganych przypadków mowy nosowej poddało się leczeniu 8 osób od mowy nosowej otwartej i wszystkie osiągnęły zamierzony wynik. Nakoniec z 460 osób, podlegających jąkaniu, przebyło cały kurs leczniczy 95, z których 87 zupełnie się wyleczyło, a 8 doznało znacznej poprawy.

Na szczególne rozpowszechnienie między lekarzami zasługuje wiadomość, że w Zakładzie Dra O. znajdują odpowiednie leczenie i opiekę dzieci osłabione pod względem umysłowym, u których właśnie najczęściej przytrafiają się różne zboczenia mowy. Wiadomość ta jest tem więcej pożądana, że dotychczas brak było w naszym kraju podobnego rodzaju zakładu. *Dr. W.*

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten herausgegeben von prof. Dr. Penzoldt und Prof. Dr. Stintzing. Jena. Verlag von G. Fischer.

Dziewiąty i dziesiąty zeszyt tego poważnego podręcznika zawiera: Leczenie chorób naczyń krwionośnych przez Prof Dra Baümlera; leczenie rzeżączki przez Dra Koppa, z dodatkiem Frommela: o powikłaniach ze strony macicy i jej narządów sąsiednich — przy rzeżączce, — leczenie wrzodu miękkiego i kiły, opracowane przez prof. Picka; dalej leczenie chorób nerek i moczowodów przez prof. Leubego; leczenie chorób pęcherza moczowego i narządu płciowego męzkiego (z wykluczeniem chorób wenerycznych) przez Dra Wagnera, a wreszcie znakomicie opracowane przez prof. Ewerbuscha: leczenie powikłań ze strony oka, zdarzających się przy zaburzeniach w narządzie krwionośnym, rzeżączce, kile i chorobach nerek.

Obydwa zeszyty są początkiem już trzeciego tomu całego dzieła i zalecają się, jak i poprzednie, bogactwem treści i samodzielnością poglądów. *Dr. Z. W.*

V. Wyciągi.

Dr. Prof. Litten: **Dalsze uwagi o wałeczkach we krwi.** *(Deutsche Medic. Wochenschrift 1898, Nr. 12).* Ponieważ Dr. Buttersack podał świeżo w *Zeitschrift für klin. Medicin* (tom XXXIII) pracę swoją o zakrzepach w naczyniach włosowatych, powstałych właśnie z wałeczków owych, opisanych przez Littena *(r. 1896, Deutsch. Med. Wochenschrift, Nr. 15)*, autor ogłasza własne uwagi dalsze o tych tworach we krwi.

Sprzeciwia się poglądowi Buttersacka, że wałeczki złożone z płytek Bizzozerowych powstają w naczyniach włosowatych, na czem opiera Buttersack dalsze swoje wywody, zresztą wcale ponętne, bo tłómaczące rozmaite objawy w klinicznym przebiegu błednicy, cechującej się właśnie obfitością płytek i wałeczków. Buttersack przypuszcza, że wałeczki zatykają naczynia włosowate, tak jak zakrzepy naczynia większe, z tą tylko różnicą, iż prąd krwi wałeczki owe może wypłókać w zupełności i że się nigdy nie organizują.

Litten natomiast twierdzi, że wałeczki te, złożone z płytek, powstają w ogóle we krwi, a więc nietylko w naczyniach włosowatych ale w tętnicach i żyłach i to przeważnie w naczyniach większych. Co to ma za znaczenie, określić trudno, pokąd istota samych płytek nie zostanie rozpoznana w sposób niewątpliwy. Gdyby się przyjęło zapatrywanie Engela i innych autorów, że płytki powstają z rozpadu krwinek czerwonych, o którym to rozpadzie w błednicy dobrze wiemy, to wówczas możnaby na pewnej podstawie pocej płytek we krwi, a co zatem idzie, powstają wałeczki z tych płytek przez zlepianie się ich razem (conglutinatio).

Litten dalej podaje, co w pierwszem swem doniesieniu zapomniał ogłosić, że zmarły hematolog Schimmelbusch, gdy mu Litten pokazywał wałeczki (przynajmniej pierwszy ich rodzaj, o którym mowa) uznał je za utworzone niewątpliwie z płytek Bizzozerowych.

Wałeczki mają czasem przekrój tak wielki, że nieodpowiada on nawet najszerszym naczyniom włosowatym w płucach. To też powstawać muszą w naczyniach szerszych, a nie we włosowatych. Śród badania wałeczków świeżych można widzieć, jak z otoczenia płytki przybywają i do wałeczków zaczynają się przylepiać, że w końcu wałeczki w oczach grubieją. Otóż wałeczków nie można uważać ani za sztuczne twory, ani za istniejące w tejże postaci we krwi; tylko iż we krwi znachodzą się zaczątki wałeczków przedwstępne, przygotowawcze twory, złożone z płytek, do których to tworów dopiero potem na szkiełku przyczepiają się nowe płytki i wałeczki grubieją. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. P. Csesch: **Przyczynki do statystyki raka odbytnicy i jego chirurgicznego leczenia.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 19. Z. III). Do kliniki wrocławskiej Mikulicza zgłosiło się 109 chorych z rakiem odbytnicy, dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet, w wieku od 18—81 lat, najwięcej chorych liczyło 41—60 lat. Tylko u 66 można było odważyć się na zabieg doszczętny. Ten wykonano w części sposobem Volkmanna, Dieffenbacha, Lisfranca, Kraskego, a od paru lat sposobem Rydygiera. Śmiertelność z operacyi t. zw. sakralnej wynosiła 24·56%. Z chorych, tą metodą operowanych, żyje jeszcze, bez nawrotu raka, czterech, trzy lata po operacyi (a tych tylko uważa autor za radykalnie wyleczonych) (t. j. 7·01%). *Herman.*

Dr. R. Mühsam: **Przyczynek do poznania rzeżączkowych zapaleń stawów** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten*, T. II, S. 689). Praca statystyczna, obejmująca 41 spostrzeżeń: 24 mężczyzn i 17 kobiet, w wieku 18—58 lat. U 32 pacyentów wykazano niewątpliwie rzeżączkę części rodnych współcześnie z zajęciem stawów, istniejącem z wielkiem prawdopodobieństwem u 7; u 2-ch zaś kobiet nie stwierdzono wcale rzeżączki narządu moczo-płciowego. W 30 przypadkach zajętym był jeden staw, w reszcie po kilka (2 do 8). Rzeżączka usadowiła się w kolanie 28 r., w stawie nadgarstkowym 11, w st. skokowym 9 r., w stawach śródręcza 6 r., w barkowym 3 r., w biodrze 2 r, w stawach stępu 2 r., w łokciu 1, w śródstopiu 1. Stósowano leczenie objawowe. Wyleczono zupełnie 15 chorych, u 12 stwierdzono poprawę, w 7 przypadkach nastąpiło zesztywnienie, 3 razy wypiłowano stawy, u jednego chorego odjęto udo, a jeden zmarł wśród objawów posocznicy.

W produktach zapalnych wykazano 4 razy dwoinki Neissera. *Herman.*

D. Gerhardt: **Przyczynek do nauki o krwawym moczu (Haematuria).** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 739). Kształt i barwa erytrocytów w hematuryi nerkowej bywa zawsze zmienioną. Pojedyńcze ciałka są mniejsze, kuliste, brunatno-żółto lub skórzasto-żółto zabarwione. Takie same zabarwienie posiadają uorganizowane składniki osadu (nabłonki, wałeczki leukocyty etc.). Badanie spektroskopem wykazuje, że barwik ten jest hematyną. Powstaje ona z hemoglobiny wynaczynionych ciałek krwi jeszcze w kanalikach prostych nerek, po przejściu w roztwór łączy się natychmiast z plazmą otaczających komórek, zwłaszcza obumarłych i w małej tylko ilości pozostaje w roztworze w moczu. *Herman.*

Dr A. Boettiger: **O leczeniu nerwobólu n. trójdzielnego.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 788). Autor zwraca uwagę, że zbyt często rozpoznaje się rwa n. trójdzielnego

tam, gdzie w rzeczywistości istnieje zapalenie nerwu. Ciągły ból między napadami, jakkolwiek nie gwałtowny, charakteryzuje tę postać ostatnią. W tych przypadkach wskazanem i często skutecznem jest leczenie przyczynowe. W rwie zaś, gdzie czynnikiem etyologicznym bywa najczęściej cierpienie miejscowe kości, tętnicy dogłowowej wewnętrznej, opon mózgowych, podstawy czaszki etc., z ogólnych zaś głównie stwardnienie tętnic, leczenie objawowe dyetetyczne i mechaniczne, przeważnie stały prąd elektryczny, w początkach cierpienia, uwieńczone bywają pożądanym wynikiem; w okresach późniejszych, pozostaje tylko leczenie chirurgiczne.

Herman.

Stróżewski Konstanty: **Słów kilka o zanikach mięśniowych postępujących** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 8). W obecnym stanie nauki zaniki mięśniowe postępowe dzielimy na 3 gromady: 1) wskutek cierpienia rdzenia = *amyotrophia progress. spinalis* = *amyotrophia Duchenne-Aran*; 2) pierwotne = *amyotrophia primitiva* = *dystrophia musculorum progress.* (Erb.); 3) wskutek cierpienia nerwów obwodowych = *amyotrophia neuritica s. neuralis.*

Podział ten jednak, choć oparty na przebiegu klinicznym i na zmianach anatomo-patologicznych, nie odpowiada jednak w zupełności przypadkom.

Strümpell dochodzi do wniosku, że granice między oddzielnemi postaciami zaników mięśniowych postępowych chwieją się widocznie. Wobec obecnych poglądów o zależności nerwów od ich ośrodków odżywczych trudno sobie wyobrazić samodzielne cierpienie nerwów obwodowych i mięśni, bez udziału ośrodków odżywczych w schorzeniu.

Autor podaje dwa przypadki, w których zanik zaczął się w mięśniach wyprostnych stopy, potem (w 1 przypadku) rozszerzył się na resztę mięśni kończyn dolnych i na mięśnie kończyn górnych. Zaburzeń czuciowych nie było, jak również odczynu zwyrodnienia.

Najwięcej odpowiadałyby te przypadki gromadzie 3 zaników pochodzenia obwodowego, lecz brak im zaburzeń czuciowych, odczynu zwyrodnienia i drgań włókienkowych.

Ze względu jednak na bardzo wczesne wystąpienie choroby i to dziedzicznej, bez widocznych zaników mięśniowych, bez zaburzeń czuciowych, odczynu zwyrodnienia i drgań włókienkowych, należałoby znów zaliczyć te przypadki do postaci Erbowskiej *dystrophia muscul. progress.* Jedynie mogłoby rozstrzygnąć badanie pośmiertne, bo w postaci pierwotnego zaniku Erbowskiego zmian w układzie nerwowym niema, a w postaci obwodowej są (w nerwach obwodowych, oraz wstępujące zwyrodnienie tylnych pęczków rdzenia).

Przypadki więc autora są pośrednie, przejściowe i dowodzą, że granice ścisłe między oddzielnemi postaciami zaników nieistnieją. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Teichmüller Dr. W.: **Pojawianie się i znaczenie komórek eozynochłonnych w plwocinie gruźliczej.** *(Centralblatt für innere Medicin.* 1898, Nr. 13). Autor poszukiwał komórek eozynochłonnych w plwocinie 282 chorych. Wyniki badań swoich, w odniesieniu do plwociny gruźliczej, podaje tymczasowo, zanim ogłosi całą pracę.

Podług wszystkich badaczy plwocina suchotników nie zawiera wcale ciałek eozynochłonnych. Wyjątkowo znajdywali Leyden i Hein po jednem ciałku. Autor jednak, badając plwocinę w tym kierunku, znalazł na 153 suchotników u 111 łatwo i pewnie ciałka eozynochłonne. Zwracał on uwagę nie tylko na pojawianie się tych tworów wogóle, ale na częstość, sposób i czas występowania ich w plwocinie. W zestawieniu wszystkich przypadków uwzględnił wiek, płeć, zawód, stan ogólny, wagę ciała, obciążenie dziedziczne, okres suchot, ciepłotę i powikłania.

Z tego pokazało się, że na miesiące naprzód, nim można było wykryć prątki gruźlicze, ustawicznie ciałka eozynowe, znajdowane w plwocinie, wskazywały na to, że ustrój broni się z największym wysiłkiem przed zakażeniem. (Tem się miał znamionować początkowy okres gruźlicy u osobnika średnio silnego). Gdy wreszcie prątki swoiste pojawiły się w plwocinie, to wówczas walka eozynochłonnych ciałek zakończyła się pogromem, co można poznać po małej liczbie ich, nawet po zupełnym ich braku. Są to więc bardzo ważne wskazówki dla leczenia.

W niektórych przypadkach można znów spostrzegać odwrotny stosunek. To jest, że z miesiąca na miesiąc ubywa prątków gruźliczych, aż w końcu ciałka eozynochłonne zwycięzko zajmują pobojowisko. Ustrój się leczy, przynajmniej chwilowo.

Jeszcze częściej spostrzegał autor wahanie tych obrazów. Raz przybytek ciałek eozynochłonnych, n. p. po pobycie na wsi, potem, po kilku miesiącach zajęć zwykłych zawodowych, ubytek ich.

Jeżeli w początku sprawy chorobowej, obok mnóstwa prątków, błąkają się jeszcze licznie ciałka eozynochłonne w plwocinie, a gdy pomimo wszelkich wysiłków terapeutycznych w końcu znikają zupełnie, to rozchodzi się w takim przypadku o kwitnącą postać suchot, co też i dalsze spostrzeganie dowiedzie.

Ze swoich 143 przypadków suchot nieznalazł autor wcale ciałek rzeczonych w 42. Za przyczyny niekorzystne dla pojawiania się owych ciałek, które u tych przypadków jeszcze zbiegały się i wikłały, uważa: obciążenie dziedziczne, sprawę posuniętą, wyższe ciepłoty, powikłania, mały ciężar ciała.

Nieodzownie należy tedy, podług autora, poszukiwać ciałek eozynochłonnych w plwocinie gruźliczej.

Badanie to daje podstawę dla ocenienia odporności chorego, dla rokowania i dla ocenienia skutku leczenia.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Sachs: **Familijne niedołęztwo umysłowe, połączone ze ślepotą.** *(Deut. med. Wochenschr.*, Nr. 3, 1898). Tę nazwę nadał autor postaci chorobowej, polegającej na zmianach, stwierdzonych wziernikiem poraz pierwszy przez Taya i innych okulistów. Zmiany te polegają na obustronnem, prędzej lub później po urodzeniu występującem, zbieleniu plamki żółtej, jak to bywa przy zatorze środkowej tętnicy oka. Później i tarcze ulegają zanikowi. Dziecko zwiesza główkę, kończyny porusza tylko mozolnie i nadto zdradza brak rozwoju umysłowego.

Stwierdzono, iż objawy te występują niejednokrotnie u kilkorga dzieci tej samej rodziny. Charłactwo lub śmierć, która zazwyczaj następuje przed drugim rokiem życia, zakończają tę chorobę.

Niekiedy do cierpienia tego dołącza się zez, wahadłowe ruchy gałek i nadczułość słuchowa.

Obraz chorobowy kazałby się domyślać, iż idzie tu o zaburzenie w rozwoju mózgu dziecka, a dokładne oględziny pośmiertne, podjęte w kilku przypadkach przez autora, potwierdziły wyniki, poprzednio już przez Kingstona w Londynie otrzymane, a mianowicie rozgałęzione zmiany, objawiające się w korze mózgowej, rdzeniu pacierzowym i siatkówce. Komórki ostrosłupowe są albo zupełnie niewidoczne w okolicach korowych, albo bardzo zwyrodniałe.

Pochodzenie cierpienia, o ile dotychczasowa kazuistyka wykazuje, jest niejasne. Obwiniano (co zostało stwierdzonem w wielu przypadkach) blizkie pokrewieństwo rodziców, psychozy w rodzinie, urazy podczas połogu. Najczęściej widywano przypadki te w rodzinach żydowskich. Nigdy natomiast nie udało się stwierdzić kiły. *Dr. Wicherkiewicz.*

Mermet: **Doświadczenia nad wchłanianiem i dyfuzyą rogówki.** *(Thèse*, Paris, 1897 i *Rev. générale d'ophthalm.* Nr. 3, 1898). Rozprawa powyższa, omawiająca szczegółowo i starannie podjęte doświadczenia nad zagadnieniami, zajmującemi zarówno fizyologa, jak i okulistę, zasługuje choćby na krótkie streszczenie.

Gdy zazwyczaj przy doświadczeniach, wykonywanych na rogówce, badano objawy osmozy, to autor zwraca uwagę, że na tej właśnie błonie można także doskonale badać objawy wchłaniania i dyfuzyi. Doświadczenia swe wykonywał już to zapomocą wprowadzanych w styczność z rogówką alkaloi-

dów, znanych pod względem działania fizyologicznego, już to zapomocą soli, już też, wreszcie, zapomocą barwików, mianowicie aniliny, a w szczególności fluorescyny.

Rogówka, lubo nie ma naczyń, posiada własności wchłonne i dyfuzyjne. Już kropla rozczynu nikotyny, puszczona na rogówkę królika, pozwala stwierdzić objawy zatrucia, właściwego temu alkaloidowi. Jednakże własności wchłaniania rogówka posiada w niższym stopniu, aniżeli spojówka, a stopień ten jest zależny od stanu rogówki, to znaczy, że każde obrażenie rogówki wzmaga jej zdolność wchłaniania, a staje się ona jeszcze widoczniejszą, im dalej od środka, a bliżej rąbka; nadto zależną jest od ciśnienia śródgałkowego. Zmniejszenie ciśnienia wzmaga wchłonność. W końcu zwraca autor uwagę na to, iż tak zdolność wchłaniania, jak i dyfuzyi są zależne od istoty, użytej do rozpuszczenia przetworu, od ciepłoty i zgęszczenia rozczynu, a w końcu od stanu układu nerwowego.

Jaki jest mechanizm wchłaniania? Autor wykazuje najprzód znaczenie ochronne nabłonka i śródbłonka rogówkowego w objawach endosmozy i egzosmozy ocznej, co daje się łatwo stwierdzić przez następujące doświadczenie: po wypróżnieniu przedniej komórki, przez nakłócie w równiku, wstrzykuje się do niej pewną ilość rozczynu żelezistego, poczem zapuszcza się na rogówkę rozczyn żelazsinku. Dopóki nabłonek rogówkowy nietknięty, odczyn kwasu pruskiego nie występuje; skoro zaś tylko nabłonek dozna zranienia, natychmiast w tem miejscu następuje zabarwienie niebieskie, które wnika w głębsze warstwy. Zmieniając przy tem doświadczeniu napięcie gałki, można wykazać rozmaity wpływ nabłonka i śródbłonka na egzosmozę i endosmozę, oraz przekonać się, że daleko większe zapory występują przy egzosmozie, aniżeli przy endosmozie. Wchłanianie rogówki dzieli autor na trzy okresy: w pierwszym nabłonek daje się przeniknąć, a warstwy rogówkowe napawają się płynem; w drugim płyn wchłonięty dostaje się w prąd soku rogówkowego, w trzecim zaś przechodzi przez rogówkę, już to wprost z przodu ku tyłowi, już to po przejściu przez kąt rogowotęczówkowy. *Bol. Wicherkiewicz.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 Kwietnia 1898 roku.

Przewodniczący: kol. Machek. — Członków obecnych 27. — Jako gość kol. Okuniewski z Suczawy.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Uhma wypowiedział rzecz pod tyt.: „W sprawie zapobiegania chorobom płciowym zakaźnym“. Mówca pragnie ograniczyć się, o ile to możliwe, do stosunków miejscowych. Według sprawozdania c. k. Rady zdrowia za r. 1895 na 46,118 chorych, leczonych w szpitalach krajowych, 8,577 leczono z powodu zakaźnych chorób płciowych. Odsetek zatem tych chorób jest znaczny (około 19%), a ich samych lekceważyć nie można. O groźnych następstwach kiły mówi się może do przesady, rzeżączka zaś w świetle nowszych badań coraz poważniejsze budzi obawy. Pomijając inne niebezpieczeństwa, ma ona ogromne znaczenie dla płodności, bo ginekolodzy obliczają, że z 12·5% niepłodnych małżeństw 9% (czyli 2/3) jest niepłodnych skutkiem rzeżączki. Powodów zatem dość, by chorobom tym jak najenergiczniej zapobiegać.

Zapobieganie chorobom — wogóle — polega, według dzisiejszych pojęć, p r z e d e w s z y s t k i e m na pouczeniu społeczeństwa o tem, co, jak i o ile mu grozi, zatem przed czem, dlaczego i jak bronić się ono powinno. P o w t ó r e na oddzieleniu osób zakażonych, mogących chorobę udzielić, od zdrowych, którym może się choroba udzielić. Ztąd płynie dla czynników, przez społeczeństwo do tego powołanych, obowiązek śledzenia za osobami zakażonemi, by je od reszty oddzielić, wyleczyć i zdrowe, więc nieszkodliwe, społeczeństwu zwrócić.

Pierwszy punkt natrafia na trudności z tego powodu, że w danym przypadku są to choroby tak zw. tajne, o których nie mówi się publicznie. Trudności te jednak, choć w części, przezwyciężyć można. W r. 1895 Wydział krajowy, przychylając się do postulatu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich z 1894 r., wydrukował krótkie pouczenie w tej sprawie, w liczbie około 4,000, przez mówcę zredagowane i rozesłał je do szpitali krajowych z poleceniem rozdawania go pomiędzy chorych, leczonych w tych szpitalach z powodu chorób płciowo-zakaźnych.

Jestto niewątpliwie jedna z właściwych dróg szerzenia wiadomości o tych chorobach bez obrażania czyichkolwiek uczuć skromności. A dróg takich można znaleźć więcej: należy rozdawać podobne pouczanie żołnierzom (w myśl postulatu ankiety, zwołanej w tej sprawie w r. b. przez c. k. Radę zdrowia), dalej uczniom szkół wyższych, członkom kas chorych, zgłaszających się z powodu tych chorób, nie należy też zapomnieć o prostytutkach.

Drugi punkt — oddzielenie osób zakażonych, tak zw. k o n t r o l a, o wiele jest trudniejszy. Liczyć się trzeba z ludźmi i chorobami.

Co do ludzi: powtórnie wspomnieć należy, że to choroby tajne, a gdyby nawet tajnemi, w tem rozumieniu, być przestały, pozostaną zakaźnemi p r z e w l o c z n e m i. Nie można zaś brać za złe ludziom, że się z takiemi chorobami kryją. Nie może bowiem być inaczej dopóki po p i e r w s z e: nauka nie stanie ponad wątpliwościami. Jak długo nie mamy jasnych i ściśle określonych praw zakaźności, pewnych sposobów rozpoznawania i leczenia, dokładnych podstaw do rokowania, czego wszystkiego brakuje nam zarówno w kile, jak w rzeżączce, gdzie wiedza nasza brnie wśród domysłów, opierając się na kilku zaledwie pewnikach. P o w t ó r e: dopóki społeczeństwo nie postawi obowiązku ponad wszystko. Kontrolę ogólną państwową może poniekąd zastąpić ś w i a d o m o ś ć, skłaniająca do kontrolowania siebie samych; gdy jednak nie można działać w tym kierunku na ogół, zastanówmy się, czy nie można działać na pewne warstwy.

Wieki uprawniają do kontroli prostytucyi, ale a b o l i c y o n i ś c i, zwalczając wyjątkowe prawa w imię równouprawnienia i wolności osobistej, wspomniane uprawnienie zakwestyonowali. Wiemy, że udało im się w niektórych państwach przeprowadzić niebezpieczną próbę zniesienia kontroli nad prostytucyą; powiadamy niebezpieczną, bo wiemy, że państwa te cofają się z obranej drogi szerokiej wolności, że zatem praktyka przemawia za kontrolą prostytucyi.

Teoretycznie rozumując, lekarka rosyjska Eltzina pisze: „Każdy prawidłowo żyjący człowiek ma zupełne prawo do osobistej wolności. Żyjący nieprawidłowo, a przez to umyślnie lub nieumyślnie zagrażający zdrowiu bliźniego, winien być uważanym za niepoczytalnego i z tego powodu dozorowanym“. Nowsza też psychiatrya z coraz większą stanowczością zaznacza, że typ prostytutki, zbliżający się do typu zbrodniarek, jest w każdym razie typem nieprawidłowym, czemś chorobliwem. Byłoby zatem i prawo i obowiązek kontrolowania prostytucyi, kontrola to jednak bardzo trudna.

Z pozoru zdawaćby się mogło, że nic łatwiejszego jak skasarnizować prostytucyę, urządzić zamtuzy higieniczne, idące w swych porządkach o lepsze z porządkami sali laparotomijnej — i odrazu zaradzić złemu. Założenie najfałszywsze. Zamtuzy takie, będące tem, co niemcy nazywają *Bedürfnissanstalt*, byłyby przeciwne naturze ludzkiej, przeciwne naturze popędu płciowego. Popęd ten, jak to słusznie zaznaczył Prof. Zarewicz przy dyskusyi na ten temat w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, związany ściśle z wyobrażeniami, potrzebuje daniny dla wyobraźni, potrzebuje iluzyi, osłonek. Choć przeto nie mam nic przeciw urządzeniu takiego domu dla tych, którymby on wystarczył, muszę stanowczo przemawiać przeciw skasarnizowaniu całej prostytucyi, bo podsycaćby ono musiało szerzenie się prostytucyi tajnej. Za utrzymaniem prostytutek tak zw. krytych, których rzemiosło znałaby tylko dyskretna policya, przemawiaćby jeszcze mogła statystyka, wykazująca, że więcej jest zakażeń w zamtuzach, niż od pojedyńczo mieszkających prostytutek, że te ostatnie także mniej często bywają zarażane, niż mieszkające w zamtuzach. Wprawdzie, gdzie się więcej drzewa rąbie, tam więcej trzasek leci, ale zda się, że jest tu i inny nader ważny wpływ. Oto prostytutki zamtuzowe są rzeczywiście, jak owe ptaki niebieskie, co ni sieją ni orzą, nie dbają też ani o siebie, ani o swych, tak zw. gości; podczas gdy prostytutki wolno mieszkające muszą być dbalsze. Zgodziwszy się jednak na utrzymanie prostytutek krytych, potrzebaby zapewnić sobie nad niemi kontrolę pewną i cią-

glą. w dzisiejszych stosunkach niemożliwą. Zapewniéby ją mogło rozciągnięcie nad prostytutkami takiego samego nadzoru policyjnego, jak nad osobami podejrzanemi o zbrodniczość.

Drugą warstwę społeczeństwa, podlegającą kontroli, stanowi (według przepisów przynajmniej) wojsko, a stanowiéby też powinni urlopnicy, wypuszczani nieraz do domów, z notatką *constitutionelle Syphilis*, a szerzący epidemie wioskowe, często *extragenitalne*.

Trzecią warstwę dałoby się stworzyć z członków kas chorych. Instytucye te, choć one nie z tego świata, powołane jednak na tym świecie do życia, winny liczyć się z faktami.

W Peszcie w roku 1896 na 96,449 członków, liczących od 12 do 70 lat życia, zgłosiło się do kasy chorych, z chorobami płciowemi zakaźnemi 1.636, czyli około 2%. U nas pewnie nie jest lepiej, zatem i u nas kasy chorych, mające specyalistów w innych działach, powinny mieć i w tym dziale specyalistów, których zadaniem byłoby nietylko leczyć zgłaszających się chorych, ale i pouczać ich, zwłaszcza w okresie kłykcinowym kiły, o potrzebie kontroli, namawiać ich do niej i w ten sposób zaprowadzić ją bez przymusu.

Czwarta warstwa, to mamki. Doświadczenia, gdzieindziej poczynione, tylko zachęcić mogą, a kontrola taka u nas, gdzie *syphilis extragenitalis* z reguły jest *brephotrophica*, byłaby tem pożądańszą, że zwracałaby uwagę społeczeństwa w tym kierunku.

Tyle co do ludzi — choroby nastręczają niemniej trudności, o których już i wspomniałem.

O kile na pewno wiemy, że choroba może udzielić się osobie zdrowej przez przeszczepienie z osoby chorej krwi, lub niektórych wydzielin; że choroba z reguły objawia się (u mężczyzn) stwardnieniem tkanki w miejscu wszczepienia jadu, że występują niechybnie potem ogólne objawy wczesne, zazwyczaj kilkakrotnie się powtarzające, że czasem może choroba powodować objawy tak zw. późne, wreszcie, że objawy choroby ustępować zwykły pod wpływem stosowania rtęci lub jodu i że zaraźliwość choroby z początku, po zakażeniu, zazwyczaj największa, z czasem, zwłaszcza przy leczeniu, zwykła się zmniejszać.

Teoretycznie rzeczy biorąc, należałoby każdą prostytutkę, u której stwierdzono otarcie lub owrzodzenie na częściach sromowych, a która kiły nie przebywała, odsyłać do szpitala; jeśli zaś się stwierdzi u niej kiłę, należałoby trzymać ją tam przez trzy przynajmniej lata. W praktyce przeprowadzić tego nie można. Nie można z drobnostką odsyłać prostytutkę do szpitala, bo naraża się ją na ponoszenie kosztów utrzymania, tem bardziej też nie można trzymać jej tam przez trzy lata. To ostatnie przeprowadziéby się dało chyba, gdyby były umyślne na to przytułki (asylum), a takie w dzisiejszych stosunkach powstaćby mogły jedynie dzięki ofiarności prywatnej. Obecnie zaprowadziéby należało ciągłość kontroli, dokładne wykazy czy i kiedy któraś z prostytutek nabyła kiły i — wobec tego, że leczenie przeciwkiłowe zdaje się na pewno zmniejszać zaraźliwość, — zaprowadziéby można dla leczenia prostytutek przymusowe leczenie okresowe, choć przeciw niemu z innych względów podnoszą się słuszne zarzuty.

Co do rzeżączki, wątpliwości znowu pełno. I tak wierzymy już, że postać jej przewlekła zakaża, ale znowu nierozstrzygniętem jest pytanie, czy n. p. rzeżączka przewlekła mężczyzny musi u kobiety (lub naodwrót) wywołać najprzód rzeżączkę ostrą, czy też może — przyczem mówca obstaje, a co, przynajmniej dla kobiet, przyjmują Finger, Sée, Bylicki i inni — powodować odrazu chorobę o charakterze przewlekłym. Ideałem badania przypadków podejrzanych o rzeżączkę, byłoby badanie bakteryologiczne, gdybyśmy umieli gonokoki hodować; gdy jednak tego nie umiemy, gdy zaledwie w jakichś 60% przypadków, stwierdzonych mikroskopowo, udaje nam się hodowla, musimy uważać za szczyt doskonałości w tym względzie badanie mikroskopowe, bo to wiemy na pewno, że badanie kliniczne nie wystarcza. Dalej, doświadczenie poucza nas, że rzeżączkę nabywać się zwykło od prostytutki wtedy, kiedy ona się nie oczyściła, lub kiedy spółkowanie było nie prawidłowe. Gdy zaś na ten drugi czynnik nie mamy wpływu, powinniśmy publiczność pouczać o potrzebie oczyszczania się, a prostytutki powinniśmy uczyć mycia się.

Wrzód miękki, to pole do popisu dla lekarza kontrolującego prostytutki; ale i tu potrzeba czasu do dokładnego zbadania, a nadzwyczajną wprawą, z jaką kol. Szuszkiewicz, przy nadmiarze pracy, najdrobniejsze nawet skaleczenia wyszukuje, nie wielu będzie się mogło poszczycić. Nasuwają się jeszcze inne sprawy, na które lekarz policyjny musi zwracać uwagę; to też bardzo na czasie jest postulat ankiety, zwołanej przez Radę zdrowia, by systemizowano dla Lwowa przynajmniej dwie posady takich lekarzy, i by je systemizowano w odpowiedniej godności stanu lekarskiego randze. z odpowiednimi poborami.

Tak więc, w zapobieganiu chorobom płciowym zakaźnym, dałoby się kilka punktów wytyczyć:

I zapoznać ogół z temi chorobami;

II nad niektóremi warstwami społeczeństwa należy rozciągnąć kontrolę państwową;

III starać się o dokładną statystykę.

To ostatnie nie dla zadowolnienia, że doszło się do takich lub innych wyników, ale dlatego, żeby zawsze wiedzieć, w którym kierunku działać należy. Dzisiejsze wykazy szpitalne i policyjne nie dają dat pewnych, bo nie oddzielają rzeżączki (gonorrhoe) od nieżytów (leukorrhoe); co do wrzodu miękkiego, nie uwzględniają zupełnie owrzodzeń, nie przedstawiających książkowego typu, tak zw. *ulcera simplicia*; co do kiły wreszcie pozwalają na wielką dowolność. Należałoby natomiast uwzględniać pierwsze wystąpienie, względnie pierwsze stwierdzenie choroby, i powinno się oddzielić z tej gromady leczone później nawroty chorobowe.

Na podstawie dzisiejszych danych moglibyśmy dojść do bardzo pocieszających wniosków. I tak: w przeciągu lat ośmiu, od r. 1889 do 1896 włącznie, liczba leczonych z powodu rzeżączki mężczyzn spadła o 7·5%, podczas gdy liczba leczonych kobiet wzrosła o 25%. Usprawiedliwionym zdawałby się ztąd wniosek, że kobiety częściej się leczyły, a że mężczyzn mniej zachorowało. Liczba wrzodów miękkich wzrosła wprawdzie o 22%; natomiast liczba objawów kiły pierwszorzędnej zmniejszyła się o 32%, a kiły późnej o 15%, podczas gdy leczonych z powodu objawów wtórorzędnych przybyło 27%. Ztąd znowu usprawiedliwionym byłby wniosek, że mniej było zachorzeń, a lepiej się leczono. (Streszczenie własne).

Kol. Obtułowicz: Sprawy poruszone przez prelegenta są wielkiej doniosłości. Ustawodawstwo państwowe kładzie o tyle tamę szerzeniu się chorób wenerycznych i kiłowych, że chorych, nie dających rękojmi przeprowadzenia należytego leczenia, szczególniej w gminach wiejskich, przymusowo odstawia do szpitali, a władze sądowe karzą surowo tych, którzy lekkomyślnie, lub z powodu przesądów, rozszerzają te choroby.

Krytyczne badanie na gonokoki, daje czasem w dziale medycyny sądowej pewien wynik dodatni i pozwala przez niewątpliwe wykrycie tych dwoinek w wydzielinie, otrzymanej z cewki moczowej, rozstrzygnąć, czy zarażenie mogło nastąpić przez badanego.

Przed kilku laty Dr. O. dokonał wraz z kol. Dr. Krokiewiczem badania na gonokoki u zgwałconej 10-letniej dziewczynki, a ponieważ badanie tak u obwinionego mężczyzny, jak u zgwałconej dziewczynki, wykazało gonokoki, w sposób wykluczający wszelkie złudzenia i wątpliwości, można było wydać orzeczenie potwierdzające związek przyczynowy, udowodniony zresztą również i przez śledztwo sądowe. Na każdy sposób jednak zachować należy przy badaniach wielką ostrożność i postępować bardzo krytycznie.

Co do nadzoru nad prostytutkami, to w tej mierze należy zaznaczyć w kraju naszym wielki postęp, a szczególniej należy uwydatnić tę okoliczność, że w miastach większych odbywają się wszędzie badania przez lekarzy miejskich, dokonywane zazwyczaj 2 razy na tydzień. We Lwowie i w Krakowie badania te przeprowadzają lekarze policyjni; ale dokładność badania, z powodu braku sił lekarskich, jest nader utrudnioną. Rząd powinien zorganizować służbę lekarską policyjną (podobnie jak to się stało w Wiedniu w roku 1893) i należycie ją wyposażyć, a w szczególności raz na zawsze znieść niegodne stanu lekarskiego i uwłaczające honorowi lekarza policyjnego: pobieranie od prostytutek wynagrodzenia za zbadanie jej w domu. Jeżeli ustawa, normująca oględziny ciał zmarłych, ustanawia ryczałtowe wynagrodzenie dla oglądaczy nawet po wsiach i zabrania oglądaczom pobierać należytości od stron interesowanych — to tem bardziej lekarze policyjni powinni być tak dotowani, aby żadnych należytości od prostytutek pobierać nie potrzebowali.

Kol. Skałkowski porusza sprawę, czyby nie było dobrem nakazać w mieszkaniach prostytutek umieszczenie tablic, zalecających umywanie części rodnych.

Kol. Prof. Gluziński zaznacza, że nie tylko obwiniać należy prostytutki o szerzenie chorób płciowych, ale i gości je odwiedzających; na tych ostatnich więc trzebaby również zwracać więcej uwagi. Wła-

dze sanitarne wojskowe powinne przedkładać odpowiednie wykazy, przy sposobności wypuszczania urlopników, władzom politycznym, gdyż urlopnicy bywają niejednokrotnie rozsadnikami kiły. Mowca pamięta przypadek zakażenia całej rodziny, drogą pozapłciową przez urlopnika.

W sprawie poszukiwania gonokoków w przewlekłej rzeżączce mowca zaznacza, opierając się na pracach Behrenda, wielką trudność w ich wykryciu. Co zaś do statystyki wrzodów miękkich, to tę radzi zestawiać bardzo ostrożnie; częste są bowiem zdarzenia, że mimo rozpoznanego przez syfilidologów wrzodu miękkiego, zmiany następowe układu nerwowego świadczą, że to była kiła.

Kol. Prof. Ziembicki wyjaśnia, że Rada zdrowia robiła wojsku przedstawienia w sprawie udzielania wykazów władzom politycznym, lecz otrzymała stanowczo odmowną odpowiedź odnośnie do „führerów“ i podoficerów.

Kol. Sochanik stwierdza także trudność odróżnienia wrzodu miękkiego, od pierwotnych zmian kiłowych i radzi w tym razie bardzo ostrożnie wypuszczać chorego z obserwacyi. Za największy rozsadnik kiły uważa tajną prostytucyę.

Kol. Stachiewicz, obliczając ze swej praktyki 50% chorób płciowych zakaźnych, nabytych od szwaczek, dziewcząt z tinglów, kawiarni i fabryk tytoniu, jest za rozszerzeniem nadzoru policyjno-sanitarnego i na powyższe kategorye. Uważa także, dwukrotne na tydzień oględziny przez jednego lekarza na tak duże miasto jak Lwów, za niedostateczne.

Kol. Pisek, upatrując często tylko w nieświadomości młodzieży nabywanie chorób wenerycznych, byłby za pouczaniem ogólnem o zapobieganiu tym chorobom w wyższych klasach szkół średnich i w seminaryach.

Kol. Uhma w odpowiedzi zaznacza, co już i przed paru laty przy sposobności wykładu kol. Wachholza podnosił, że opieranie się w przypadkach sądowo-lekarskich na badaniu mikroskopowem na gonokoki tylko wyjątkowo może być dopuszczalne, bo z jednej strony nie wykazanie gnk. niczego nie dowodzi, z drugiej zaś wiemy, że istnieć może w cewce kilka rodzai dwoinek do gnk. łudząco podobnych. Żądanie obmywania części rodnych po stosunku jest słusznem, ale nie zabezpiecza, bo spółkowanie trwa dłużej niż potrzeba do wszczepienia jadu, a odpływ krwi przy opadnięciu prącia działa poniekąd jak pompa ssąca. Kol. Gluzińskiemu mówca wdzięczny jest, za danie sposobności zaznaczenia raz jeszcze, że nasze wiadomości o chorobach płciowych zak. są niepewne. Że syfilidolodzy wiedzą i przyznają możliwość omyłek w rozpoznawaniu wrzodu miękkiego a twardego podniósł już kol. Sochanik, mówca jednak pozwoli sobie — odnośnie do przytoczonego przykładu, że u kogoś, u kogo rozpoznawano kiedyś wrzód miękki, wystąpić mogą objawy późnej kiły — pójść dalej i przypomnieć znane przypadki, gdzie wogóle nigdy nie wykazano żadnego owrzodzenia, a gdzie mimo to występowały objawy już to wczesne tak zw. wtórorzędne, już też późne kiły nabytej. Wobec tego przypuszczać też można, że ktoś może raz zarazić się wrzodem miękkim, a kiedyindziej niepostrzeżenie nabyć kiłę. W sprawie badania prostytutek na gnk. mówca podniósł, że tylko badanie bakteryologiczne, gdybyśmy umieli hodować gnk., mogłoby być doskonałem. Dziś gdy hodowla gnk. często się nie udaje, trzeba opierać się na badaniu mikroskopowem, boć trudnoby się zgodzić na zapatrywanie, że lepsze nic niż coś, choćby nie zupełnie dokładne. (Streszczenie własne).

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 19 Maja.

Czyniąc zadość wielostronnym życzeniom. Komitet gospodarczy VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przełożył termin na dzień 1, 2 i 3 sierpnia. W tym samym czasie odbędzie się wystawa przyrodnicza lekarska.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—3 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

60) Referat do dyskusyi p. t. „Istota nerwic czynnościowych“. Referent Dr. Edward Zieliński z Warszawy, koreferent Dr. Edmund Biernacki z Warszawy.

61) Dr. Władysław Bruner z Warszawy: „O leczniczem znaczeniu upustów krwi“.

62) Dr. E. Biernacki z Warszawy: „Dyagnostyka hematologiczna“.

63) Dr. Jakowski z Warszawy: a) „Pierwotne zakrzepy żylne“ (studyum kliniczne) i b) „O mięszanych zakażeniach w chorobach dróg oddechowych“.

64) Dr. Pawiński z Warszawy: „Patogeneza i leczenie dusznicy bolesnej“.

65) Dr. Bronowski Szczęsny z Warszawy: „O etyologii zapalenia nerek“.

66) Dr. Sadowski Michał z Warszawy: „Gruźlica płuc i zapalenie nerek“.

67) Dr. Leszczyński Leonard z Warszawy: „O chronicznych zatruciach środkami usypiającymi“ (do sekcyi medycyny teoretycznej.

68) Prof. Browicz z Krakowa: „Z zakresu fizyologii i patologii komórki wątrobnej“.

69) „O pochodzeniu melaninu w mięsakach barwikowych“.

70) „Sztuczna krystalizacya hematoidyny w komórkach mięsakowych“.

71) „O mięsieniu błony śluzowej jamy nosowej i nosogardłowej.

72) Dr. Polak z Warszawy: „Projekt organizacyi przyszłych Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich“.

73) Dr. A. Baurowicz z Krakowa: „O guzach gruczołu tarczykowego wewnątrz krtani i tchawicy“.

74) Dr. Heveroch z Pragi: „Histopatologia postępującego porażenia“.

75) Dr. Kępiński z Warszawy: „O chirurgicznej pomocy przy procesach zapalnych łącznicy i ich następstwach“.

76) Dr. Kosmowski z Warszawy: „O wzroście i wadze dzieci polskich“.

77) Dr. Panyrek z Pragi: „Nieprawidłowy mechanizm wywichnięcia obojczyka“.

78) Dr. Flaum z Warszawy: „Referat w sprawie żywienia ludu“.

79) Prof. Dr. Chodounsky z Pragi: „Etyologiczne znaczenie natężenia“.

80) Dr. Garliński z Warszawy: „Nowotwory oczodołowe“.

81) Prof. Dr. Stoklasa z Pragi: „O fizyologicznem znaczeniu kwasu fosforowego w organizmie roślinnym“.

82) Dr. B. R. Gepner (syn) z Warszawy: „Przypadek ostrej choroby gorączkowej niewiadomego pochodzenia z powikłaniem ze strony powiek“.

83) „Zatkanie całkowite wszystkich naczyń krwionośnych siatkówki, jako skutek zakażenia po wyrwaniu zęba.

84) Temat zastrzeżony.

85) Prof. Dr. J. Hlava z Pragi: „Z patologicznej anatomii“ (temat zastrzeżony).

86) X. X.: „O koloniach letnich, specyalnie polskich“.

87) Dr. Tchórznicki z Warszawy: „O piekarniach miasta Warszawy“.

88) Goldberg z Warszawy: „Plan tanich mieszkań w Warszawie“.

89) 2) „Ochrona dla dzieci od 2-go roku życia“.

90) Dr. Vlasak z Pragi: „ higieny (temat zastrzeżony).

91) Dr. St. Markowski z Łodzi: Temat zastrzeżony.

92) Dr. J. Talko z Lublina: „O wągrze w oku“.

93) Dr. Flatau z Berlina: „Pogląd na budowę systemu nerwowego z demonstracyami (na wspólnem posiedzeniu sekcyi dla medycyny teoretycznej i medycyny wewnętrznej).

94) Dr. Vesely z Pragi: Z medycyny wewnętrznej (temat zastrzeżony),

95) Dr. Br. Zieminski z Warszawy: a) „Przypadek operacyi wągra podsiatkówkowego (cysticercus subretinalis).

96) „W sprawie operacyjnego leczenia krótkowzroczności“.

97) Temat zastrzeżony.

98) Dr. Z. Kramsztyk z Warszawy: „Trudności klinicznego badania jaglicy“.

99) Dr. S. Koliński z Łodzi: „Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem jaglicy“.

100) „O masażu w okulistyce“.

Jedno z posiedzeń sekcyi okulistycznej poświęcone będzie wyłącznie palącej u nas sprawie jaglicy.

* Wiec członków Izby zachodnio-galicyjskiej odbył się w sobotę, dnia 14 b. m., przy względnie licznym udziale członków zamiejscowych. Istotnych uchwał nie powzięto, gdyż Zarząd Izby pragnął na razie tylko wyrozumieć zapatrywania wiecowników na najważniejsze sprawy dotyczące bytu lekarzy i uzyskać od nich kilka wskazówek kierowniczych. Na tej dopiero podstawie oparty, przygotuje Zarząd Izby umotywowane wnioski, z którymi stanie przed forum wiecu następnego — i wtenczas mają być powzięte ostateczne uchwały w sprawie zabezpieczenia lekarzy na starość, oraz wdów i sierót po lekarzach.

* Cesarz mianował docenta dra Karola Kleckiego profesorem nadzwyczajnym patologii ogólnej i doświadczalnej.

* W swoim czasie donieśliśmy, że grono wybitnych chirurgów naszych zamierzyło wydać nakładem kasy Mianowskiego „Podręcznik chirurgii“, będący przekładem dzieł Billroth-Winiwartera (chirurgia ogólna), Hueter-Lossena (chirurgia szczegółowa) i Kochera (chirurgia operacyjna). Okazał się właśnie I-szy zeszyt chirurgii szczegółowej i I-szy zeszyt chirurgii ogólnej. Całe wydawnictwo obejmie 150 arkuszy druku i ukończy się w połowie 1899 roku. Cena nader nizka: 50 kopijek za zeszyt 10 arkuszowy.

* Długo, a przez niektórych niecierpliwie wyczekiwana praca prof. Schenka o dowolnem oznaczaniu płci potomstwa, okazała się w witrynach wszystkich księgarni i tak bije w oczy swą czerwoną okładką, jak raziła uszy krzykliwą reklamą, która jej wyjście zapowiadała. Większą część tej książki poświęcił autor zestawieniu wszystkich znanych mu zapatrywań na powstawanie płci, a końcowych 49 stronic poświęcił właściwej „teoryi Schenka“. Podstawy tej teoryi są następujące: w moczu prawidłowym, nie licząc b rzadkich wyjątków, znajduje się, według Brückego, ślad cukru: to wydzielanie się cukru przez ustrój matki posiada wpływ na tworzenie się i dojrzewanie jaja płodowego. Kobiety, chore na cukrzycę, rodzą same dziewczęta, albo ronią: ten stan się zmienia, gdy się wyleczą. Jeśli utrata cukru jest znaczna, jajo płodowe przedstawia się mniej odżywione, słabo rozwinięte i wydaje płeć żeńską. Gdy jednak zachodzą w ustroju kobiety takie biochemiczne sprawy, wśród których, przez wzmożone utlenia nie węglików wodu, znika ten ślad cukru, to jajo płodowe rozwija się silniej i powstaje płód męzki. Zatem jasnem jest (sądzi Schenk), że jeśli matkę tak będziemy celowo odżywiać i to 2 miesiące przed zastąpieniem i 3 po zastąpieniu, ażeby cukier w moczu nie pojawiał się, to, w myśl wyżej wypowiedzianego twierdzenia, możemy oznaczyć płeć płodu. Schenk zastrzega się, że twierdzenie swoje opiera na długiem doświadczaniu i utrzymuje, że stosowne, celowi odpowiedne, żywienie matki, jest w jego teoryi rzeczą główną, lecz dodajmy, w zasadzie nie nową; pozorna prostota tej teoryi wikła się, gdy sam Schenk wyznaje, że cukier w moczu znika, raz przy stosowaniu pożywienia bogatego w azot, innym znowu razem przy żywieniu tłuszczami i innymi węglikami wodu. Z tego więc wynika, że, przez rozmaite zmiany w chemizmie odżywczym, należy wyszukać tę normę, przy której cukier nie wydziela się w moczu, czego dalszem następstwem jest wpływ na powstawanie płci. Zarodek męzki potrzebuje dla swego powstania więcej białka niż żeński i w tem twierdzeniu streszcza się zasada i praktyka tak zw. teoryi Schenka.

Fachowa krytyka niemiecka nie wyraża zachwytu dla książki Schenka.

* W Monachium pojawiła się krytyka teoryi Schenka pióra prof. Winkla, który, zaznaczywszy, że wpływ rodzaju odżywienia matki na płód jest rzeczą oddawna znaną, czyni następującą uwagę: gdyby pożywienie stanowiło jedyny czynnik tworzenia się płci, to mieszkańce pampasów południowo-amerykańskich, żywiący się tylko mięsem, mieliby potomstwo, jeśli nie wyłącznie, to przeważnie męzkie; natomiast niektóre plemiona indyjskie, żyjące tylko roślinami, cieszyłyby się wielką przewagą cór, co w istocie nie ma miejsca, a tu i tam, jak zresztą wszędzie, jest ten sam stały stosunek obu płci.

* Prof. Dr. Prus zwraca naszą uwagę, że w ogłoszeniu tytułu zapowiedzianego przez niego odczytu na Zjeździe poznańskim (Nr. 20 „Przegl. lek.“ str. 251) zaszła pomyłka: w miejsce „O umiejscowieniu środków ruchomych w korze móżdżka“ ma być „ruchowych“.

Mianowani: Dr. Czirwiński, profesor nadzwyczajny farmakologii w Dorpacie, mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Stopień doktora medycyny na Uniwersytecie Jagiell. otrzymali: Napoleon Kostanecki, Stefan Grzybowski, Alfred Merz i Bolesław Kostecki.

Nekrologia. † Dr. Tadeusz Zieliński. Do szeregu ofiar zawodu lekarskiego przybyła jeszcze jedna. Dnia 28 kwietnia b. r., po krótkich cierpieniach, zmarł w Starych Bohorodczanach Dr. Tadeusz Zieliński, lekarz okręgowy w Podbużu, w 29 roku życia, a w czwartym praktyki lekarskiej.

Ś. p. Tadeusz ukończył gimnazyum w Stanisławowie, z postępem celującym, a studya lekarskie odbył w Krakowie, z wyszczególnieniem. Po półrocznej służbie wojskowej objął ciężkie obowiązki lekarza okręgowego w Podbużu, gdzie pracując przez $2^1/_2$ lata, wyróżnił się zawodową sumiennością i gorliwością, a jak pojmował swoje obowiązki, świadczy najlepiej artykuł, ogłoszony w tegorocznym Nrze 7 »Przegl. lek.«. napisany przez niego w czasie, kiedy już zdrowie bezpowrotnie straconem było.

Wezwany w nocy w końcu grudnia 1897 r. do niedoszłego samobójcy i nie mogąc z powodu wielkiej zawiei śnieżnej dostać się do celu podwodą, szedł pieszo przez całą noc, brnąc po pas w śniegu; następstwem tego było, że już nazajutrz zachorował na ciężką grypę (influenzę) powikłaną z zapaleniem płuc i mimo, iż jeszcze dźwignął się z łoża boleści, by dalej nieść pomoc cierpiącym, niedługo już pracował; czując się bardzo wycieńczonym, wyjechał do rodziców swej żony, gdzie po tygodniu zakończył młode życie, które od lat dziecięcych niemal poświęcał ciężkiej pracy w trosce o chleb powszedni.

Lecz choć żył krótko, pozostawił po sobie powszechny żal u kolegów i u tych, dla których z zaparciem się pracował. Zdolny, pracowity i zapracowany poświęcał wolne chwile dalszemu kształceniu się zawodowemu. Był to najzacniejszy człowiek, z zaparciem się oddany służbie dla ubogich, a na zawód lekarski zapatrujący się ze stanowiska wzniosłego, niemal idealnego. Osierocił żonę z półrocznem dzieckiem, dla której, choć w części, niech to będzie pociechą w tym ciężkim smutku, iż stratę jej odczuwa i podziela cały zastęp kolegów zmarłego. *Sit tibi terra levis!*

Dr. Waleryan Kowenicki.

Zmarli: Dr. Schillbach, profesor chirurgii w Jenie. Dr. Gruber, profesor chirurgii, 71 r. życia, w Charkowie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 20: Doc. dra Korczyńskiego L: Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 20: Dra Ciaglińskiego A.: O dezynfekcyi i profilaktyce w praktyce lekarskiej. Dra Puławskiego A.: Kilka słów o różyczce (rubeola) z okazyi własnych spostrzeżeń (dokończenie).

Redakcya otrzymała:

— Prof. Concetti Luigi: L'organo-terapia nelle nefriti della infanzia. Rzym, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**